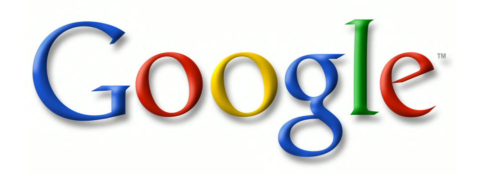


Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

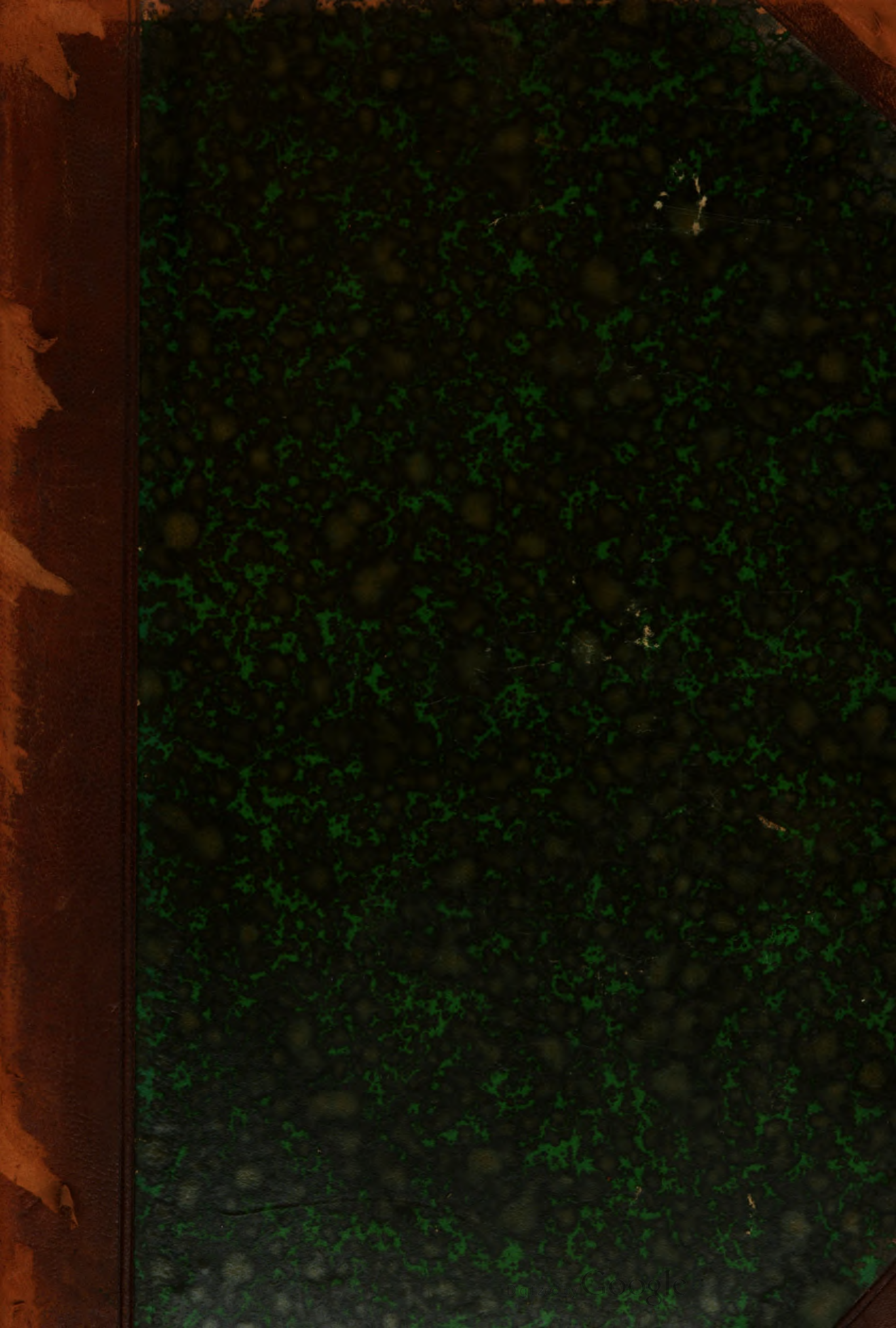
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

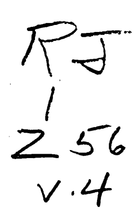
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

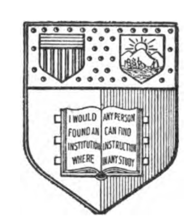
+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.




RJ 1 Z56 v.4



New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.

Library

....



Digitized by Google





Digitized by Google

Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,

PRAKT. ARZT IN SPROTTAU.

4. JAHRGANG 1899.



LEIPZIG,

VERLAG DER DÜRR'SCHEN BUCHHANDLUNG.

1899.

Digitized by Google

RJ
1
Z56
v. 4
1899
142991

Alle Rechte vorbehalten.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis des IV. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

#44-1940

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Bücheranzeigen und Recensionen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Januar 1899.** No. 1.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

1) Zur Behandlung beginnender Rhachitis.

Von

San.-Rat Dr. **L. Fürst.**

Berlin.

So leicht die Diagnose ausgebildeter Rhachitis ist, bei welcher selbst der Blinde die charakteristischen Deformitäten des Skeletts tasten kann, so schwierig ist es oft, die Rhachitis in ihrem ersten, noch von keinen Knochenverunstaltungen begleiteten Stadium zu erkennen. Die Fragen: Neigt das Kind zu Rhachitis? Droht ihm eine solche? Kann man ihr vielleicht vorbeugen? lassen sich jedoch bei einiger Uebung mit der nötigen Sicherheit beantworten. Zeigen die Eltern oder eines derselben deutliche Spuren einstiger Rhachitis, was man aus genauer Prüfung des Skeletts, seiner Formen und Maasse, unter Zuhilfenahme der bekannten anatomischen Momente bezüglich des Zahnens und Gehens, sowie unter Berücksichtigung der Verhält-

Digitized by Google

nisse bei anderen Kindern derselben Ehe recht wohl entscheiden kann, so ist alles dies schon ein Fingerzeig, dass hier die Prophylaxis die Aufgabe hat, das etwaige Zustandekommen von Rhachitis bei dem betr. Kinde von vornherein zu verhüten. Denn ein solches neigt schon von Haus aus dazu.

Um so mehr wird das der Fall sein, wenn die socialen Verhältnisse der Eltern wenig günstig sind, da unhygienische Wohnung, Nahrung und Pflege gerade bei hereditär disponierten Kindern die Rhachitis leichter zu Stande kommen lassen. Man findet, dass solche Kinder gewisse im allgemeinen zu wenig beachtete Initialsymptome der Rhachitis zeigen, auf deren Berücksichtigung es gerade ankommt, wenn man nicht eines Tages der ausgebildeten Krankheit mit allen ihren bekannten Formveränderungen als einem viel schwerer tractablen Object gegenüberstehen will.

Man denke nicht, dass die Rhachitis eine chronische allgemeine Ernährungsstörung, ohne solche Anfangserscheinungen ist. Sie ist es ebensowenig wie die Skrophulose, die hämorrhagische Diathese, die Anämie und — wenn man sie hier mit erwähnen darf — die Tuberkulose. So auffällig freilich, wie bei den acuten fieberhaften allgemeinen Infectionen, ist das Initialstadium angesichts des schleichenden, fast ummerklichen Beginnes der chronischen Allgemeinerkrankungen nicht, und darum sehen sie auch so Wenige herankommen und entstehen, bis zu ihrer und der Eltern eigener Ueberraschung das fertige Krankheitsbild allerdings keinen Zweifel mehr gestattet. Die Prophylaxis hat es aber mit der drohenden, der sich aus kleinen Keimen entwickelnden, der sich vorbereitenden Krankheit zu thun. Auf die Rhachitis angewandt, hat sie also diejenigen Erscheinungen aufzusuchen und zu berücksichtigen, welche den üblichen augenfälligen Deformitäten vorangehen. Ein nicht hereditär belastetes Kind von vollem, festem Körper, gesunder Hautfarbe, munterem, nicht wehleidigem oder empfindlichem Wesen, voll Kraft und Lust zu selbständigen Bewegungen, erweckt nicht den Verdacht auf Rhachitis incipiens. Wohl aber ist dies der Fall, wenn das Kind gewisse allgemeine und örtliche Anomalieen darbietet. Zu den ersteren gehört: Ein bestimmter Grad von Anämie, welcher die den Säuglingen häufig eigene, durch die Eisenarmut der Milch veranlasste Anämie übersteigt und sehr häufig die Disposition zu Rhachitis vermehrt. Sodann eine schlaffe ungleichmässige Ernährung. Zeigt ein derartiges anämisches Kind ein etwas welkes Aussehen der Haut, eine lockere Anheftung derselben, Fettschwund oder aber eine aufgeschwemmte, durch Ueberwiegen des Fettansatzes und Zurückbleiben der Muskelentwickelung gedunsene Beschaffenheit der Extremitäten, ist es beim Anfassen derselben oder des Brustkastens, beim Bewegen, Heben etc. empfindlicher als normale Kinder, überhaupt von einer gewissen Verdriesslichkeit, Weinerlichkeit, Unlust zu Unterhaltung, launischer Stimmung, neigt es zu Darmkatarrhen oder erholt sich nur schwer und langsam von solchen, so ist der Verdacht auf beginnende Rhachitis nicht von der Hand zu weisen. Ganz besonders wird derselbe verstärkt, wenn örtliche Symptome seitens des Knochensystems wahrzunehmen sind, auch ohne dass dieses schon Formanomalien bietet. Da sich die Rhachitis, obwohl eine allgemein chronische Ernährungsstörung,

Digitized by Google

doch in wachsenden Knochen lokalisiert und markiert, so muss man, was ja eigentlich selbstverständlich ist, diejenigen Skelettteile, welche eine Prädilection für Rhachitis besitzen, wiederholt auf eine etwaige abnorme Weichheit. welche die physiologischen Verhältnisse übersteigt oder überdauert, controllieren. Durch viele Uebung und jahrelanges Vergleichen mit den Knochen zweifellos gesunder, rhachitisfreier Säuglinge gelangt man dazu, sowohl an den Röhrenknochen, als auch an den Rippen und am Schädel eine ungewöhnliche Weichheit, zumal an den Epiphysen und an den Appositionsgrenzen, eine Verzögerung der normalen Ossification und ein zu langes Bestehen des präparatorischen, knorpeligen, resp. osteoïden Stadiums an den klassischen Stellen zu erkennen. Auch die Zwerchfelleinziehung des abnorm weichen Thorax und die schaufelförmige Ausbuchtung der falschen Rippen durch den oft flatulenten Unterleib gehört zu den Frühsymptomen. Man wird dabei, wie gesagt, sorgfältig zwischen den normalen und pathologischen Verhältnissen des wachsenden Knochens zu unterscheiden haben und z. B. nicht vergessen, dass die Leichtkrümmung der Unterschenkel und die Varusstellung — Consequenzen der intrauterinen Haltung — selbst gesunden Kindern noch monatelang eigen sind, bis die Muskulatur der Extensoren durch Wachstum und Uebung gekräftigt und die Verknöcherung der Röhrenknochen so weit vorgeschritten ist, um dem Zuge der Flexoren Widerstand zu leisten. Man wird ferner beispielsweise die an einem normalen Kinderskelett durch zu frühe oder ungleiche Belastung hervorgebrachten Gestaltveränderungen, die sich bei dem modulationsfähigen Kinderskelett sehr wohl künstlich herstellen lassen, nicht mit Zeichen beginnender Rhachitis verwechseln dürfen. Der abnormen Weichheit der Kiefer wird man Aufmerksamkeit zu widmen haben. Nicht minder wird jede Verzögerung selbständigen Aufrichtens, Stehens und Gehens, jeder verspätete oder irreguläre Eintritt der ersten Zähne Beachtung verdienen.

Bei einiger Aufmerksamkeit und öfterer Controle lässt sich also aus den sogenannten Symptomen schon zu einer Zeit, in welcher der Nichtkenner noch nicht einmal das Herannahen einer Rhachitis ahnt, ein solches mit grösster Wahrscheinlichkeit vermuten und daraus rechtzeitig ein Wink für die prophylaktische Behandlung entnehmen.

Diese kann, was für den Erfahrenen keinem Zweifel unterliegt, in erster Linie nur eine hygienisch-diätetische sein. Das Kind muss zunächst in die möglichst günstigen Luft- und Wohnungsverhältnisse gebracht werden. Luftwechsel, täglicher Genuss frischer Luft, Sonne sind Hauptbedingungen. Daran schliessen sich tägliche kräftigende Bäder, am besten abwechselnd Soole und Malz, und spirituöse Abreibungen des Rückens und der Extremitäten. Aus der Kost muss alles unaufgeschlossene Stärkemehl thunlichst ferngehalten werden; Zwieback, Rinde von altbackenem Weissbrot und gut dextrinierte Mehle sind aber unbedenklich. Frische, im Hause abgekochte (nicht sterilisierte) Kuhmilch, event. Backhaus'sche Milch, ist etwaigen Milchconserven vorzuziehen. Grössere Kinder können Milchgries, Gries mit Fleischbrühe, Ei und Cacao erhalten.

Was nun specifische Mittel und Diätetica betrifft, so bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass sie allein, d. h. ohne

Digitized by Google

das hygienisch-diätetische Regime, nutzlos sind, dass oft aber letzteres ausreicht. Oft — freilich jedoch nicht immer. Jedenfalls ist es sicherer, bei Verdacht auf Rhachitis und bei unregelmässiger oder verzögerter Verkalkung der Knochen gewisse specifische Diätetica zu geben, die sich erfahrungsgemäss als sehr nützlich erwiesen haben.

Zunächst gebe ich anämischen Kindern gern Ferr. oxyd. sacch. solub. in die Milch, ein Präparat, das gern genommen und monatelang gut vertragen wird, ohne die Verdauung zu stören. Es macht keine Verstopfung und trägt wesentlich zur Vermehrung der Erythrocyten und zur Steigerung des Hämoglobingehaltes bei. Gegen die Rhachitis selbst gebe ich jahrelang Calc. phosphor. und carb. āā (event. mit Ferr. carb. sacch.). Als dann der Phosphorleberthran auftauchte, wandte ich mich diesem versuchsweise zu. Doch hatte er, nach meinen Beobachtungen keinen Vorzug vor der Kalk-Therapie und dabei den Nachteil, dass manchen Kindern der Leberthran auf die Länge der Zeit gastrische Beschwerden machte, zumal im Sommer. Ich kehrte deshalb wieder zum Kalk zurück und bereue dies keineswegs, Kindern über $^1/_2$ Jahr gebe ich mit besten Erfolgen kalkphosphathaltigen Nährzwieback.[1]) Für kleinere Kinder, die man noch nicht zu füttern pflegt, fehlte es mir aber bis vor kurzem an einem kalkphosphathaltigen Diäteticum, das mit der Milch aus der Flasche gereicht werden kann. Und doch war dies wichtig, wenn zu richtiger Zeit, also im ersten Halbjahre, die Prophylaxis eingeleitet werden sollte.

Erst durch das neuerdings, mir schon Anfang 1898 zugegangene, in den Handel gebrachte Kalk-Caseïn[2]) schien mir ein Mittel gegeben, welches gleichzeitig die Disposition zu Rhachitis und die oft damit verbundene ungenügende Ernährung beseitigen könnte. Die Versuche, die ich mit diesem sehr zweckmässigen Diäteticum angestellt habe, betrafen sämtlich jüngere Kinder, meist unter $^1/_2$ Jahr, zum geringeren Teile auch solche aus dem dritten Quartal des ersten Lebensjahres. Sie nahmen sämtlich das pulverförmige, in keiner Weise unangenehm schmeckende Präparat sehr gern (dreimal täglich eine Messerspitze bis $^1/_2$ Kaffeelöffel pro dosi) in der gewohnten Milch, zeigten danach keine Störungen der Magen- und Darmfunctionen und verdauten es befriedigend mit der eingenommenen Nahrung. Das Kalk-Caseïn besteht in einer Bindung des der Milch zugesetzten phosphorsauren Kalks (1%) mit dem Caseïn der Milch, welches, indem es durch Lab ausgefüllt wird, gleichzeitig den Kalk in sich aufnimmt. Das Caseïn wird dann einfach getrocknet, in Pulverconsistenz gebracht und dadurch ebensogut haltbar wie dosierbar. Die von Dr. Carl Berschinger veröffentlichte Analyse ergibt: Feuchtigkeit (Gewichtsverlust bei 103° C.) = 7,2; — Mineralstoffe (Asche) = 20,3; — Fett (Aether-Extract) = 2,6; — Eiweissstoffe = 57,8; — Milchzucker 4,5. — Der Gehalt an Phosphorsäure beträgt 9,6% = officinellem Calciumphosphat 18,3. Die Präparate neueren Datums erwiesen sich noch trockener als die ersten.

---

[1]) Conf. m. in diesem Blatte veröffentl. Arbeit: „Ueber verzögerte Schädel-Verkalkung“. 1897 Heft 7.

[2]) Hergestellt von der Gesellschaft für diätetische Producte“ (A.-G.) Zürich.

Digitized by Google

Diese Zahlen zeigen, dass der chemische Nährwert ein nicht unbeträchtlicher ist. Wir haben also hier ein sehr eiweissreiches, leicht resorbierbares Pulver vor uns, das der naturgemässen Nahrung des Kindes entlehnt ist und durch seinen Gehalt an Kalkphosphat besonders für solche Fälle indiciert sein dürfte, in welchen es sich darum handelt, gleichzeitig mit der allgemeinen Ernährung eine Besserung der Oligocytämie und Anämie, eine Apposition von Muskelsubstanz und raschere Consolidierung des Knochens zu bewirken. Von diesen theoretischen Erwägungen ausgehend, wandte ich das Pulver, von dem mir ein grösseres Quantum zu Versuchszwecken mit dankenswerter Bereitwilligkeit überlassen worden war, durch mehrere (3—4$^1/_2$) Monate an. Ich wählte ausschliesslich solche Fälle zu den Versuchen aus, in denen teils ungünstige hereditäre Momente, teils die oben geschilderten Vorläufer der Rhachitis zu constatieren waren und man erwarten konnte, dass letztere am Schlusse des ersten Lebensjahres deutlich in die Erscheinung treten würde. Bei einiger Uebung erkennt man solche Fälle von einer mit abnormer Knochenweichheit verbundenen Anämie, Atrophie und Dystrophie sehr sicher. Sie bilden für die geschilderte prophylaktisch-diätetische Behandlung ein sehr dankbares Objekt, und in der That zeigten auch meine Fälle, dass die drohende Rhachitis nicht zu stande kam. Die Kinder bekamen ein blühenderes, frischeres Aussehen, die Ernährung hob sich und wurde gleichmässiger, d. h. nicht bloss eine Fettmästung, sondern auch eine Muskelzunahme zeigt sich. Das Gewicht nahm stetiger zu. Die Knochen verloren ihre oft sehr auffallende Nachgiebigkeit und Biegsamkeit. Sowohl Röhren als Plattenknochen (Schädel), Kiefer, Rippen, zeigten stärkere Verkalkung und Festigung. Ganz evident war der günstige Einfluss auf die normale Entwickelung und den Durchtritt der ersten Zähne. Letzterer verzögerte sich in keinem der Versuchsfälle, und die charakteristischen Entwickelungsfehler der Zähne traten seltener auf. Kurz das Gesamtbild war: Energischere Kalkablagerung in den Knochen, Abkürzung der knorpeligen und osteoïden Appositionsstadien an den markanten Stellen, Unterbleiben aller Deformitäten rhachitischer Natur und sichtliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Ernährung.

Wenn es gestattet ist, aus den Versuchen einen Schluss zu ziehen, so fasse ich denselben dahin zusammen, dass das Kalk-Caseïn in allen rhachitisverdächtigen Fällen rechtzeitig und consequent monatelang, in Verbindung mit antirhachitischem Régime angewandt, ein vorzüglich wirksames, meist unbedingt sicheres Prophylakticum ist. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass das Präparat auch bei einigen grösseren Kindern mit Anämie und sehr zartem Knochenbau, sowie dürftiger Ernährung recht gute Dienste leistete. Den Schwerpunkt möchte ich aber auf die ersten Wachstumsstadien während des 1. und 2. Lebensjahres legen.

Die Frage: Wären die betr. Fälle, ohne diese Prophylaxis solche ausgesprochene Rhachitis geworden? lässt sich, da diese Fälle im Ganzen günstig verliefen, ebensowenig entscheiden, wie in erfolgreicher Prophylaxis z. B. bei Diphtherie der Beweis a posteriori gebracht werden kann. Es genügt, die Schritte gegen die ersten verdächtigen Symptome mit Erfolg gethan zu haben und man muss mit diesem praktischen Erfolge, der ja naturgemäss einen negativen Charakter

Digitized by Google

haben muss, ebenso zufrieden sein, wie dann, wenn es gelungen ist, ein Kind mit suspecter Angina durch Coupieren des Processes rechtzeitig zu immunisieren oder die fast absolut sichere Aussicht auf Skrophulose oder Tuberkulose durch ein frühzeitiges, wohl abgewogenes die Resistenzkraft des Körpers steigerndes Régime im Keim zu unterdrücken. Dennoch waren auch 2 Fälle im positiven Sinne, d. h. als Probe auf das Exempel, interessant. In beiden ausgesprochene Disposition zu Rhachitis, aber in beiden die Unmöglichkeit, das Kalk-Caseïn fortzusetzen, da die Kinder an Sommerdiarrhoën litten, — und in beiden Fällen nach einigen Monaten Auftreten der leider für prophylactische Behandlung nicht zugängigen Rhachitis. Darin eben feiert die Prophylaxis mit ihrer Hauptwaffe, der hygienisch-diätetischen Behandlung, ihre Siege über die sich in den Körper einschleichenden Noxen, mag es sich nun um Infectionen oder um chronische Ernährungsstörungen handeln.

II. Referate.

1) **M. W. Achmetjew.** 2 Fälle von ungeheurer Weichheit der Knochen bei rhachitischen Kindern.

(Djetskaja Medicina 1898 No. 3. — Revue der Russ. medic. Zeischriften 1898 No. 7.)

Im 1. Falle handelte es sich um ein Kind von 1 Jahr 2 Monaten mit Kyphosis, Craniotabes, Laryngospasmus, rhachitischem Rosenkranz. Pat. hat nur 2 Zähne, sehr schlaffe Muskulatur, hat den Habitus eines 7 monatlichen Kindes. Es kann den Kopf nicht heben, nicht sitzen, ist nicht imstande, seine Extremitäten zu bewegen. Die Röhrenknochen sämtlicher Extremitäten verbogen, weich, biegsam. Besondere Biegsamkeit ist an den Oberarmkochen zu constatieren, die sich mit Leichtigkeit bis zum rechten Winkel verbiegen lassen, ohne dass das Kind dabei irgendwie Schmerzen empfindet. Sich selbst überlassen, strecken sich die verbogenen Knochen alsbald wieder aus. Auch Sattelnase ist vorhanden. Obgleich Syphilis von Seiten der Eltern negiert wird, glaubt A. sie in Verbindung mit der Rhachitis doch für die Weichheit der Knochen verantwortlich machen zu sollen.

Bei dem 2. Pat., einem 10 Monate alten Knaben, der gleichfalls verschiedene rhachitische Symptome darbot, war die Weichheit der Knochen nur an den oberen Extremitäten ausgeprägt, an den unteren fehlte sie.

---

2) **Brun** et **Rénault.** Das subperiostale Haematom bei Rhachitischen (Möller-Barlow'sche Krankheit).

(La Presse méd. 1898 No. 4. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 Nr. 85.)

An der Hand von 6 Beobachtungen entwerfen die Verff. folgendes Bild von der Barlow'schen Krankheit:

Digitized by Google

Die Affection befällt am häufigsten Kinder von 6—18 Monaten. Sie beginnt gewöhnlich ganz plötzlich. Das Kind weigert sich zu stehen oder zu gehen, schreit, wenn man es aufhebt oder ihm nur nahe kommt, zeigt blasse Gesichtsfarbe, transpiriert stark, hat Fieber, schlechten Schlaf, Appetitlosigkeit und schreit Tag und Nacht. Fast stets handelt es sich um rhachitische Kinder. Bei der Untersuchung bemerkt man an einem der langen Röhrenknochen, meist am Femur, eine Schwellung, die den Eindruck eines tiefgelegenen Ergusses macht, der wie ein Ueberzug den Knochenkörper umgiebt. Diese Schwellung hat etwa die Grösse einer Orange, ist von spindelförmiger Gestalt und sitzt am häufigsten an der Verbindung der Epi- und Diaphyse. Seltener nimmt sie die Mitte der Diaphyse oder die ganze Länge des Knochens ein. Die Weichteile lassen sich leicht auf dem Knochen verschieben. Die Haut zeigt weder Farbenveränderung, noch Erhöhung der Temperatur. Neben dem Femur werden am häufigsten der Humerus, die Unterschenkelknochen und der Vorderarm ergriffen. Zuweilen kann man in der Nähe der Epiphysenknorpel oder an der Diaphyse Fracturen nachweisen. Auch die platten Knochen, wie das Os ilium, das Schulterblatt und das Stirnbein, die seitlichen Teile des Schädels und selbst die Gesichtsknochen können von der Krankheit befallen sein. Liegt, was in seltenen Fällen vorkommt, das subperiostale Hämatom am oberen und hinteren Teil der Augenhöhle, so beobachtet man leichten Exophthalmus mit Deviation des Augapfels nach unten, Oedem und tiefe Ecchymose der Conjunctiva. Es kann ein Knochen allein, aber auch mehrere vom subperiostalen Hämatom befallen sein. Dasselbe ist häufig von Hämorrhagien in anderen Organen begleitet, im Zahnfleisch (doch nur, wenn das Kind bereits Zähne hat), in Ausnahmefällen auch in der Haut, in den Nieren (blut- und eiweisshaltiger Harn) und im Darm (Melaena). — Im Beginn der Krankheit besteht stets Fieber. Dasselbe erreicht 38,5—40,5°. Es dauert in leichteren Fällen 3—4, in schwereren 10—15 Tage. Die Prognose ist im Allgemeinen eine gute. Nach einigen Tagen, höchstens nach 2 Wochen, kehrt der Appetit und die Munterkeit des Kindes wieder, wenn es auch noch nicht dazu zu bewegen ist, zu stehen oder zu gehen. Die Knochenschwellung nimmt langsam ab und verschwindet in leichten Fällen etwa nach 1, in schweren nach 3—5 Monaten. Der Tod erfolgt nur in Ausnahmefällen und dann unter dem Bilde einer schweren Infection oder infolge eine intercurrenten Krankheit.

Ueber das Wesen der Affection besteht unter den Autoren noch immer keine Uebereinstimmung. Manche (Möller, Bohn, Forster, Steiner, Senator etc.) halten sie für acute Rhachitis, andere (Ingerslew, Cheadle, Barlow, Baginsky, Heubner etc.) für eine infantile Form von Scorbut, noch andere (Adsersen, Starck) sind der Meinung, dass es sich um keine einheitliche Krankheit handle, sondern dass man verschiedene Affectionen unter dem Namen der Barlow'schen Krankheit zusammenwirft. Die Verff. kommen zu einer besonderen Auffassung, die sie folgendermassen präcisieren:

1) Der klinische Typus, den Möller und Barlow gezeichnet haben, kann weder mit Scorbut, noch mit acuter Rhachitis identificiert werden.

Digitized by Google

2. Sein Hauptkennzeichen, das ganz constant auftritt, ist das subperiostale Hämatom, und man muss jede Affection davon trennen, die dies Symptom nicht aufweist.

3. Das subperiostale Hämatom ist in der Mehrzahl der Fälle nur das Resultat einer subperiostalen Fractur, sei sie nun vollständig oder unvollständig.

4. Die prädisponierende, wenn nicht unerlässliche, zum wenigsten erste Bedingung für ihr Zustandekommen ist die Rhachitis.

5. Die häufigste, wenn nicht einzige Gelegenheitsursache ist ein Trauma, das eine vollständige oder unvollständige Fractur erzeugt.

6. Neue Beobachtungen auf einer Grundlage müssen lehren, ob die hämorrhagischen Affectionen, Scorbut und Purpura für das subperiostale Hämatom eine Gelegenheitsursache oder ein prädisponierendes Moment bilden.

---

3) **Lüning.** Erfahrungen über Behandlung der congenitalen Hüftgelenkluxation.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 19.)

L. giebt dieselben in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich (21. V. 98) zum Besten. Sie beziehen sich auf 9 Fälle von unblutiger Reposition. Die Technik schloss sich eng an die von Lorenz an; auch die Lorenz'sche Schraube wurde ausser bei einem Falle benutzt. Nach gelungener Reposition ward ein Gypsverband angelegt, der das Bein in demjenigen geringsten Grade von Abduction und Auswärtsrotation fixierte, bei welchem der Kopf noch reponiert blieb. Die Kinder begannen schon nach 3—8 Tagen damit zu gehen, so gut sie konnten, wurden sämtlich nach einigen Wochen nach Hause entlassen und alle 2—3 Monate zur Erneuerung des Verbandes, bei jeweiliger Verminderung der Abduction und Aussenrotation, wieder in die Anstalt gebracht. Die Kinder gehen schliesslich sehr gut mit ihren Verbänden, die später nur Becken und Oberschenkel umfassen; diese Fixationsperiode wurde auf ca. 1 Jahr ausgedehnt. Nachher sind sehr wichtig Massage- und Abductions-Gymnastik, um die ohnehin geschwächte und durch den langen Nichtgebrauch atrophische Glutäalmuskulatur möglichst zu kräftigen.

Die Resultate waren nun folgende: Von den 9 Fällen gelang zunächst bei 2 die unblutige Reposition nicht. Es waren Mädchen von 12 und 8 Jahren, also schon über die Grenze des regelmässigen Erfolges. Solche fehlschlagende Versuche involvieren bei vorsichtiger Ausführung durchaus keine Gefahr oder eine Schädigung des Gelenks. Das 12jährige Mädchen wurde nicht weiter behandelt, das 8jährige später blutig reponiert (s. u.). Bei allen 7 übrigen gelang die Reposition; es waren Kinder von $1^1/_2$ bis 9 Jahren. Immer wurde im Momente der Reduction das charakteristische einschnappende Geräusch constatiert, das an die traumatische Luxation erinnert. Von den 7 Kindern, alles Mädchen, sind 4 linksseitige, 2 rechtsseitige Luxationen und 1 doppelseitige. Un-

Digitized by Google

glücklicherweise acquirierten mehrere der Kinder während der Behandlungszeit Keuchhusten, auch Masern. Namentlich ersterer war bei den 2 jüngsten Kindern (3 und $1^1/_2$ Jahren) die Ursache, dass Reluxation eintrat, einmal durch Beschmutzung und Zerbrechen des Verbandes zu Hause, einmal freiwillig durch Entfernung desselben behufs besserer Pflege des schon erkrankten Kindes. Bei dem letzteren ($1^1/_2$ Jahr), das ohnehin eigentlich für diese Behandlung zu klein war, wird die Reposition nochmals wiederholt werden. Ausserdem wurde noch einmal Reluxation beim 1. Verbandwechsel constatiert und sofort die Reposition wiederholt, die seither erhalten blieb.

Von den 5 Kindern, bei denen die Cur wirklich durchgeführt wurde, sind 2 noch im Verband, die übrigen 3 seit 1—6 Monaten ohne jegliche Fixation. Bei allen ist eine sehr erhebliche Besserung des Ganges zu beobachten, die besonders in dem Fehlen oder der bedeutenden Verminderung des seitlichen Einknickens beim Belasten des luxierten Beins, das zum Teil vorher sehr ausgesprochen gewesen, ihren Ausdruck findet. Die Kinder gehen flink und ohne Schmerzen, eine Andeutung von Hinken ist bei allen geblieben. Die Untersuchung des Hüftgelenks lässt bei allen eine verbesserte Stellung des Schenkelkopfs im Sinne einer Etablierung in der Pfannengegend erkennen. Bei keinem lässt sich das Malgaigne'sche Manöver: Palpation des Kopfes hinten oben von der Pfanne durch Flexion und Adduction, ausführen; die Köpfe verharren bei allen Bewegungen in der Pfannennähe und sind in vertikaler Richtung kaum, in horizontaler dagegen deutlich etwas verschieblich. Ueber den wirklichen Stand der Schenkelköpfe geben nun die Röntgenbilder Aufschluss. Danach ist in keinem Falle der Kopf genau mit der (rudimentären) Pfanne im Contact, sondern er steht meist etwas vor und über derselben, indem er seinen Halt entweder unter der Spina anter. inf. oder zwischen dieser und der Sp. ant. sup. gewinnt. Die Fixation besorgt wohl hauptsächlich die durch die Reposition in einzelnen Teilen gespannte und im Ganzen durch die lange Fixation geschrumpfte Kapsel. In einem Falle (9 jähriges Mädchen), der auch das beste functionelle Resultat aufweist, zeigt das Röntgenbild deutlich den Beginn einer Pfannenbildung zwischen Sp. ant. inf. und sup.; die Verkürzung beträgt hier allerdings 1,5 cm. In allen Fällen ist die Richtung des Schenkelhalses eine mehr sagittale als frontale, wobei allerdings die stärkere Anteversion des Kopfes, die immer vorhanden, in Anschlag zu bringen ist. In allen Fällen lässt sich ohne Röntgenbild auch schon durch die klinische Untersuchung nachweisen, dass der Kopf zwar nach vorn transponiert ist, aber nicht exact in der Pfanne steht, resp. nicht darin verblieben ist. Nur in einem Falle ($4^1/_2$-jähriges Mädchen). steht der Kopf genau unter dem Puls der Art. fem., sonst immer nach aussen davon.

Also die Erwartung von Lorenz, der reponierte Kopf werde auf die Pfanne einen formativen Reiz ausüben, sodass letztere den „Eindringling umwachse“, hat sich nicht bewahrheitet. Das Endresultat, selbst nach so langer Fixation, ist zunächst ein mehr oder weniger durch Weichteilspannung fixiertes Schlottergelenk in transponierter Stellung des Femurkopfes. Gleiche Erfahrungen mit der unblutigen Reposition hat man überall gemacht und die

Digitized by Google

Orthopäden, die ihre Resultate durch Röntgenbilder controlliert haben (Hoffa, Lange), sind ebenfalls zu der Erkenntnis gelangt, dass exacte Einstellung des reponierten Kopfes in die Pfanne die Ausnahme und eine blosse Transposition des Kopfes nach vorn in die Pfannengegend die Regel bildet. Lange schlägt deshalb vor, wie dies schon früher Schede und Hoffa gethan, abweichend von der Lorenz'schen Vorschrift, in Innenrotation zu fixieren, um eine frontale Einstellung des Schenkelhalses und durch Benutzung der Kapselspannung ein innigeres Anpressen des Kopfes an die Pfannengrube zu erzielen. Leider ist es aber äusserst schwierig, bei Innenrotation die Retention zu erhalten, gewöhnlich tritt sofort Reluxation ein. Lange schlägt ferner vor, die Schrumpfung der gedehnten Kapselteile durch Injectionen von Chlorzink zu befördern.

Wenn wir also auch von dem Ziele einer anatomischen Heilung des Uebels noch etwas entfernt sind, so wäre es doch weit gefehlt, die neue Errungenschaft wieder ad acta zu legen. Die Kinder gehen ganz bedeutend besser, manche fast normal nach dem Eingriff, obschon der Kopf nicht in der Pfanne steht, und die Angehörigen des Pat. sind durchweg mit dem Erreichten zufrieden. Dass aber schon heut die congenitale Hüftluxation, wenigstens in günstigen Fällen, einer anatomischen Heilung fähig ist, die einer Restitutio ad integrum gleichkommt, ist über alle Zweifel erhaben; das zeigt z. B. ein Fall J. Wolff's, dann ein Fall L.'s selbst, dessen Pat. vollkommen normal geht und dessen Röntgenbild zeigt, wie der Kopf exact in der allerdings etwas flacheren Pfanne steht. —

L. demonstriert noch jenes nach erfolglos versuchter unblutiger Reposition nach Hoffa-Lorenz operierte 8jährige Mädchen. Technik ganz nach Lorenz, mit Umgehung jeder Tenotomie. Die Kapsel zeigte sich um das Mehrfache verdickt, der Eingang zur Pfanne isthmusartig verengert, sodass der Schlitz kaum den kleinen Finger passieren liess, die Pfanne selbst ziemlich tief, aber nur ca. den 4. Teil so gross, als für den ziemlich normal gebildeten Kopt nötig gewesen wäre. Die Pfanne musste deshalb weniger in die Tiefe, als in vertikaler Richtung gegen das Darmbein hin ausgehöhlt werden. Die Einrenkung des Kopfes gelang unschwer nach Spaltung der Vorderkapsel, unter Extension durch die Schraube. Tadelloser aseptischer Verlauf. Resultat jetzt nach 12 Monaten: Verminderung der Verkürzung von 5 auf 2 cm, der Kopf steht fest, nur zu fest, immerhin nicht ankylotisch, in der neugebildeten Pfanne, die den Kopf exact umschliesst (Actinogramm). Leider ist, eine bei älteren Kindern bekannte Gefahr der Methode, die Fixation eine zu starre geworden; Rotationen sind zwar in ziemlichem Umfange möglich, weniger aber Flexion und gar nicht die Abduction, es besteht vielmehr leichte Adductionsstellung, welche auch durch eine nachträglich noch vorgenommene subkutane Tenotomie der Adductoren und Stellungscorrectur in Narkose nur vermindert, aber nicht beseitigt werden konnte. Diese Adductionscontractur beeinträchtigt das an und für sich gute Resultat, da Pat. infolgedessen stärker hinkt, als der geringen Verkürzung entsprechen würde. Es wäre in diesem Falle wohl richtiger gewesen, bei der starken Verkürzung von 5 cm trotz der Warnung von Lorenz die Adductoren-Tenotomie schon bei der

Digitized by Google

eigentlichen Operation auszuführen. Im Uebrigen geht das Mädchen sicherer und andauernder, als vor der Operation, wo sie einen Apparat tragen musste; sie kann 2—3stündige Spaziergänge machen, was ihr früher nicht möglich war, das Einknicken ist vollständig beseitigt, dagegen zwingt die Adductionsstellung zu einem dem coxitischen ähnelndem Gange, der sich unschön ausnimmt. In den letzten Monaten ist übrigens das Gelenk, mit dem zu Hause unausgesetzt passive und active Uebungen vorgenommen werden, wesentlich beweglicher geworden und somit auch noch Aussicht auf weitere Mobilisierung vorhanden.

---

4) **Th. Kölliker.** Ueber die Behandlung der congenitalen Hüftluxation mit der unblutigen Reposition.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 42.)

Nachdem K. im Juni 1896 begonnen hat, die unblutige Reposition nach Lorenz anzuwenden, ist nunmehr in einer Reihe von Fällen die Behandlung soweit zum Abschluss gelangt, dass K. über die Ergebnisse berichten kann.

Im Ganzen wurde das Verfahren 64 mal vorgenommen bei 50 Kindern. Doppelseitige Luxation lag vor in 14 Fällen (11 weiblich, 3 männlich), einseitige 36 Mal (30 Mädchen, 6 Knaben). Bis 4 Jahre alt waren 39 Kinder (3 standen im 1., 18 im 2., 13 im 3., 5 im 4. Jahre), über 4 Jahre 11 (das älteste 11 Jahre).

Einseitige Luxationen bedurften durchschnittlich 7—8 Gypsverbände, doppelseitige 9—10; gewechselt wurden sie nach 4—8 Wochen, auch später. Zur Nachbehandlung benutzte K. zu Anfang die Schede'sche Abductionsschiene, später ein Stützcorset mit Schienenhülse und Abductionsvorrichtung entweder für das ganze Bein oder nur für den Oberschenkel.

In 38 Fällen lässt sich das vorläufige Ergebnis feststellen. Bei 13 doppelseitigen Luxationen wurde 7 mal kein wesentlicher Erfolg erzielt, 6 mal kam es zur Transposition des Kopfes in die Pfannengegend. Bei 25 einseitigen Luxationen wurde 4 mal nichts erreicht, 19 mal wurde Transposition des Kopfes in die Pfannengegend erzielt, 2 Fälle sind vollständig und mit normal beweglichem Gelenk geheilt. Zusammen also 2 Heilungen, 25 Transpositionen, 11 Misserfolge.

Die Transposition des Schenkelkopfes in die Pfannengegend entspricht der ursprünglichen Stellung des Schenkelkopfes, der von K. beschriebenen Luxatio femoris congenita supracondyloidea, und stellt immerhin noch ein leidliches Resultat dar, in vielen Fällen ein besseres, als es durch die blutige Operation zu erzielen ist. Durch die Transposition wird erreicht: Verlängerung der Extremität, damit besserer Gang und Verminderung der statischen Scoliose; Vermeidung der Beckenneigung und damit Wegfall der compensierenden Lendenlordose. Als Nachteil der Transposition ist zu erwähnen, dass die Beweglichkeit des Hüftgelenks in vielen Fällen leidet, insbesondere die Abduction und Innenrotation.

Ein abschliessendes Urteil ist natürlich erst in späterer Zeit zu fällen möglich.

Digitized by Google

5) **T. P. Krassnobajew.** 3 Fälle von Pylorusstenose im Kindesalter.

(Djetskaja Medicina 1898 No. 3. — Revue der russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 7.)

Die Pylorusstenosen im Kindesalter sind ausserordentlich selten. Zu den 2 bisher bekannten Beobachtungen (beide von Russen) fügt K. 3 neue hinzu, Mädchen von 12, 9, 7 Jahren betreffend. Der 1. Fall endete letal und bei der Section wurde als Ursache der kolossalen Magenerweiterung narbige Stenose des Pylorus infolge von Ulcus rotundum gefunden. Dasselbe ätiologische Moment glaubt K. bei der 2. Pat., die, an enormer Magenectasie leidend, poliklinisch behandelt wurde, annehmen zu dürfen, und ebenso erwies sich im 3. Falle, der mit Erfolg gastroenterostomiert wurde, die Strictur nach Ulcus rotundum als Ursache der Ectasie.

Aus diesen Erfahrungen schliesst K., dass bei jeder der Therapie hartnäckig trotzenden Magenectasie als Ursache Pylorusstenose zu vermuten sei. Sobald diese Diagnose mit weniger Sicherheit feststehe, solle man keine Zeit mit innerer Therapie verlieren, sondern operiere radikal, zumal derartige Eingriffe neuerdings vielfach sehr erfolgreich ausgeführt seien.

---

6) **C. Stern.** Ueber Pylorusstenose beim Säugling nebst Bemerkungen über deren chirurgische Behandlung.

(Aus dem städt. Barackenkrankenhaus in Düsseldorf.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 38.)

Am 24. V. 97 wurde das am 16. IV. geborene (also 5 Wochen alte) Kind gebracht. Die Mutter gab an, der normal geborene Knabe, welcher bei der Geburt über 3000 g wog, habe vom ersten Tage an Anomalien der Stuhlentleerung gezeigt; „er konnte keinen Stuhlgang machen“. In den ersten Tagen angewandtes Brustpulver und ähnliche innerliche Mittel hatten keinen Erfolg; auf Seifenzäpfchen entleerte das Kind einige Male geringe Mengen gelbgrünen Breies. Spontan erfolgte nie Stuhlentleerung. 14 Tage alt, erhielt das Kind lauwarme Klystiere, die einmal eine Entleerung in Menge eines Esslöffels voll veranlassten, dann aber wirkungslos waren, sodass das Kind oft Tage lang verstopft war. Später erfolgte auf Seifenzäpfchen hin und wieder Entleerung von wenig zähem, schwarzgrünem Schleim. Die Urinmenge war gering. Das Kind nahm zunächst regelmässig die Brust. Trotz der fast vollständigen Verstopfung gedieh es bis 3 Wochen ziemlich gut. Um die Zeit trat Erbrechen auf; anfangs behielt das Kind die Nahrung längere Zeit bei sich, später aber kam die Milch fast sofort nach der Aufnahme zurück in ganzer Menge und heftigen Stössen. Die Erscheinungen hielten an, trotzdem die Mutter verschiedene Male die Ernährung änderte. Das Kind verfiel rasch. Da sich bei der Beobachtung in einigen Tagen der Zustand trotz entsprechender Behandlung nicht änderte, wurde Pat. ins Krankenhaus übernommen. Hier wurden die Angaben der Mutter bestätigt. Das hochgradig abgemagerte (2100 g schwere!) Kind hatte spontan keinen Stuhl, auch auf Klystiere, hohe und wiederholte Eingiessungen, trat nur Entleerung von geringer Menge grünschwarzen, zähen Schleimes auf. Das Erbrechen hielt an, mochte man nun kleine Mengen auf einmal geben oder grössere. Auch der Wechsel der Nahrung, bald Mutterbrust, bald Kuhmilch oder Schleimsuppe, hatte keinen Erfolg. Sobald das Kind kleinere Mengen in den Magen bekommen hatte, erfolgte in grossem Bogen ziemlich leicht Erbrechen. Das Erbrechen enthielt niemals Galle, dagegen iessen sich in dem per annm entleerten Schleim Gallenfarbstoffe nachweisen. Besondere Anomalien liessen sich an dem Kinde nicht constatieren, die Palpation

Digitized by Google

des Abdomens ergab in der Magengegend etwas Auftreibung, sonst aber nichts Abnormes. Eine deutliche Magenektasie war nicht nachweisbar.

Diagnose: Verschluss oberhalb der Einmündungsstelle des Ductus choledochus, wahrscheinlich angeborene Anomalie, die sich zu einem völligen Verschluss entwickelt hat, vielleicht ein Tumor?

Therapie: Zunächst Ausschalten jeglicher Nahrung per os, Ernährung durch Nährklystiere. Verwandt wurden Eiweisswasser mit Somatose. Das Kind behielt am ersten Tage die Klystiere bei sich, am zweiten Tage jedoch liefen dieselben ab. Hohe Darmeingiessungen entleeren wenig grünschwarzen Schleimes. Trotz Aussetzen der Mundernährung noch einmal spontanes Erbrechen. Das Kind ist sehr unruhig, schreit viel, verfällt mehr.

3. IV. Laparotomie behufs Gastroenterostomie. Nach der üblichen Vorbereitung Narcose mit Chloroform mittelst Tropfmethode. Schon nach 3 Tropfen tritt ein höchst beängstigender Collaps ein, Atmung setzt aus, Puls nicht zu fühlen, Aussetzen des Chloroforms nach Beendigung des Hautschnitts, Fortsetzen der Operation ohne Narkose. Dabei tritt ein weiterer Zwischenfall ein, indem das Kind plötzlich stark zu schreien beginnt, wodurch fast der ganze Bauchinhalt durch die kleine Incisionswunde eventriert wird. Die Reposition gelingt nicht ohne Schwierigkeit. Schon vorher war durch die Incisionswunde festgestellt, dass der Magen nur mässig dilatiert war, und dass in der Pylorusgegend ein gut wallnussgrosser Tumor sass, der offenbar die Ursache des Krankheitsbildes abgab. Der Magen wurde vorgezogen, wodurch der Tumor deutlich zu Gesicht kam, dann in der üblichen Weise eine Dünndarmschlinge mit dem Magen vereinigt. Trotz der Kleinheit der Verhältnisse gelang die Vereinigung relativ leicht, und es konnte nachgewiesen werden, dass Mageninhalt sich in die Dünndarmschlinge drücken liess, ohne dass eine Spur die Nahtlinie durchdrang (Operiert nach Kocher, Operationslehre S. 172). Am Schluss der Operation bedenklicher Collaps, aus dem sich das Kind aber unter Einfluss der Bettwärme etc. rasch erholte. 6 Stunden post operat. spontane Stuhlentleerung. Kein Erbrechen mehr. Kleinere Mengen werden per os gegeben und zurückbehalten. Nachts tritt ziemlich plötzlich Collaps ein, dem Pat. trotz Excitantien in 1 Stunde erliegt.

Section: Abdomen nicht aufgetrieben. Nach Entfernung der Nähte zeigt sich das Peritoneum überall glatt und glänzend, in der Bauchhöhe kein fremder Inhalt. Die Magendünndarmnaht hat gehalten, es dringt bei Druck auf den Magen ohne Hinderniss Mageninhalt in die Dünndarmschlingen. Magen und Darm werden in toto entnommen. „Die Pylorusgegend ist eingenommen von einem in der Längsausdehnung 2 cm, im Umfange 4 cm messenden, unverschieblichen, harten Tumor. Der Peritonealüberzug ist glatt. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Magenwand etwas verdickt. Sieht man von dem eröffneten Magen gegen den Pylorus hin, so zeigt sich hier ein ringförmiger, gegen die Magenwand sich wallartig absetzender Tumor, der die Pylorusgegend verschliesst. Die Schleimhaut des Magens geht auf den Tumor mit radiären Falten über. In der Mitte des Tumors ist eine feine Oeffnung, durch die eine feine Sonde eben durchpassieren kann. Von den Duodenum aus gesehen, stellt sich der Pylorus dar wie die Portio vaginalis uteri mit einer centralen runden Oeffnung. Auf dem Durchschnitt misst der Tumer in seiner grössten Breite 1 cm. Die Schnittfläche ist grauweiss mit feinen senkrechten Streifen". Sonst nichts Bemerkenswertes ausser das Rectnm und Flexur etwas dilatiert und von grösserer Wanddicke erschienen.

Die mikroscopische Untersuchung des ringförmigen Tumors ergab einfache Hypertrophie unter besonderer Beteiligung der Ringmuskulatur; von destruktiven Vorgängen keine Spur.

Bei der Betrachtung dieses Falles und des in der Litteratur niedergelegten Materials über Pylorusstenosen im Säuglings- resp. ersten Kindesalter glaubt S. zunächst, dass das Krankheitsbild noch zu wenig beachtet wird, und dass bei genauerer Beobachtung diese Fälle nicht gar so selten zu sein scheinen.

Was die Aetiologie anbelangt, so scheint bisher als einzig brauchbarer Hinweis die Angabe von Henschel gelten zu müssen, dass Pylorusstenosen durch Hypertrophie bei Geschwistern vorkommen, was auf gemeinsame Ursache bei den Erzeugern hinweisen

Digitized by Google

würde; Bestimmtes über Bedeutung der Lues, Tuberculose oder Anämie ist nicht bekannt.

Pathologisch-anatomisch scheinen die Verhältnisse noch nicht ganz aufgeklärt, natürlich wenn man von den durch Missbildung (Atresie) bedingten Stenosierungen am Pylorus und von der durch Narben und Stränge infolge fötaler Geschwüre oder Peritonitis zu stande kommenden Verengerung absieht. Bei den hier interessierenden Fällen handelt es sich nach einigen Autoren zunächst um einfache Enge der Pylorusmündung ohne weitere Veränderung am Magen. Die in einer Reihe von Fällen nachgewiesene starke Hypertrophie der Ring- und Längsmuskulatur, die zu einer Form von Tumor sich ausbilden kann, soll nach einigen Autoren erst secundär sein, nach einigen aber auch primär auftreten können, sodass man eine Stenose mit und eine ohne Hypertrophie unterscheiden müsste. Unter den durch Section bestätigten Fällen überwiegt die Hypertrophie, die im einzelnen einen ganz bedeutenden Grad angenommen hatte, wie auch im obigen Falle, der sich wie ein solider Tumor der Pylorusgegend präsentierte.

Für Symptomatologie und Diagnose ist es empfehlenswert, 2 Formen klinisch zu trennen: Die mit absoluter und die mit relativer Stenose. S. stellt die ihm bekannten Fälle in folgender Tabelle zusammen:

Durch Section bestätigte Fälle.

Fall von	Alter	Grösse des Pyloruslumens	Anatomischer Befund
1. Hirschsprung	30 Tage	Für mittelstarke Sonde passierber.	Portio pylori, ca. 2,5 cm lange, cylindrische Verdickung. Hypertrophie aller Schichten, wesentlich der Muscularis.
2. do.	3 Monate	Für gewöhnlichen Bleistift eben passierbar.	Scharf abgegrenzte Verdickung der Pars pylori. Wand in der Länge von 3 cm sehr hypertrophisch.
3. Henschel	16 Monate	Für kleinen Finger eben durchgängig.	Wand des Pylorusteils verdickt.
4. do.	19 Monate	Für Bleistift passierbar.	?
5. Heubner (Finkelstein)	4 Monate	3 mm Durchmesser.	Hypertrophie aller Schichten, vorwiegend der circulären Muskelfasern.
6. do.	4 Monate	?	Ringförmig verengt.
7. do.	$3^1/_2$ Monate	„Sehr verengt".	Schnittfläche $^1/_2$ cm dick.
8. do.	3 Monate	Fast völliger Verschluss.	Cylindrische Verdickung.
9. Schwyzer	11 Wochen	Lumen 2 mm.	MächtigeHypertrophie der Pylorusmuskulatur.
10. Stern.	6 Wochen	Feinste Sonde eben passierbar.	Cylindrische, 2 cm lange, tumorartige Hypertrophie.

Digitized by Google

Nicht durch Section bestätigte Fälle.

Henschel		Heubner		Stern	
Henschel	7 Monate	Heubner	9 Wochen	Stern	4 Monate
„	3 Jahre	„	9 „	„	3 Jahre
		„	4 „		

Wenn man von den Fällen völliger Atresie des Pylorus absieht, die aber wohl kaum über einige Lebenstage fortkommen, so darf man als absolute Stenose (im klinischen Sinne) wohl diejenigen Fälle bezeichnen, in denen der Pylorus für eine mitteldicke Sonde eben noch passierbar ist, resp. das Lumen bis auf 3 mm oder darunter verengt ist. Es ist kaum zu bezweifeln, dass ein Säugling mit einem solchen Pylorus das Leben zu fristen nicht imstande ist. Diesen Fällen stehen jene gegenüber, in denen nur eine relative Pylorusenge besteht. Der normale Säuglingsmagen lässt den kleinen Finger einer Männerhand bequem passieren. Abweichungen geringer Art kommen zweifellos vor. Sind sie erheblicher Natur, wie in einem Teil der genannten Fälle, so wird man das Pyloruslumen als relativ verengt bezeichnen müssen. Diese Fälle leiten über zu den im Jünglingsalter von Landerer, Mayer u. a. beobachteten Fällen von „angeborener Pylorusenge“. Das Leben der Kinder ist durch die Affection an sich nicht direct gefährdet. Von den in der Tabelle aufgeführten Beobachtungen wurden No. 1, 5, 7, 8, 9, 10 unter die absoluten zu rechnen sein, No. 2, 4 und 7 müssen zweifelhaft bleiben, No. 3 und 6 als relative gelten, in welche Kategorie S. auch die nur klinisch beobachteten Fälle rechnet. Welche Umstände in dem einen Fall eine Stenose mit Hypertrophie veranlassen, während es sich im anderen nur um die einfache Verengerung handelt, entzieht sich vorläufig unserer Kenntnis. Nach den mikroscopischen Befunden könnte man bei den in Tumorform auftretenden Hypertrophien an myomatöse Bildungen denken. Für die klinische Beurteilung erscheint dies zunächst nebensächlich, da im Vordergrund des Interesses die Verengerung (relative oder absolute) steht.

Die Fälle von absoluter Pylorusstenose beim Säugling scheinen unter Umständen in ihrem Symptomenbilde soweit charakteristisch, dass es wohl möglich sein wird, die Diagnose zu stellen. Da es sich um angeborene Anomalien handelt, so werden Angaben nicht fehlen, die auf den Beginn der Erscheinungen gleich nach der Geburt hinweisen. Auffallen muss zunächst die Mitteilung, dass ein Kind spontan keinen Stuhl entleert, und dass nur durch künstliche Mittel die Entleerung zu erzielen sei. Betrachtet man dies Symptom zunächst für sich allein, so wird man unter Ausschluss der Möglichkeit eines absoluten Darmverschlusses aus den verschiedenen möglichen Ursachen sich erinnern müssen, dass eine angeborene Erweiterung des Dickdarmes mit gleichzeitiger Verdickung der Wand vorkommt, welche ähnliche Schwierigkeiten bei der Defäkation und unter Umständen enorme Retention mit Auftreibung des Leibes bewirken kann; diese Anomalie wird man ausschliessen können durch die auf Klystiere zu erzielenden, massenhaften Entleerungen. Mangelnde spontane Stuhlentleerung kann bei teilweisem Darmverschluss auftreten. S. beschrieb 1894 einen Fall von Dünndarmsarcom beim Neugeborenen, wo spontan kein Stuhl entleert wurde, jedoch auf Glycerinklystier eine geringe Menge erfolgte; das Kind ging am

Digitized by Google

5. Tage zu Grunde, die Section zeigte aber, dass eine teilweise Passage des Darmes möglich gewesen war, sodass bei etwas geringerer Ausbildung des obturierenden Tumors es wohl zu längerem Leben und ähnlichen Symptomen der erschwerten Defäkation hätte kommen können. Man wird also bei der Diagnose auch an solche, wenngleich seltene Fälle denken müssen. Im obigen Falle kam ja noch ein zweites, wesentliches Symptom, das Erbrechen hinzu. Dasselbe fehlt bei den von vornherein als „absolute" oder rasch sich zu solchen entwickelnden Fällen von Pylorusstenose nie und hat insofern etwas Charakterisches, als es nach der Aufnahme grösserer Mengen Nahrung sofort und mit ziemlicher Vehemenz auftritt. Meist heisst es in den Berichten: „das Kind konnte von vornherein nur kleine Mengen vertragen". Vor Verwechselung mit habituellem Erbrechen der Säuglinge muss man sich freilich hüten. Man beachte auch noch, dass jenes Erbrechen auch noch erfolgt bei längerem Aussetzen der Mundernährung, ein Beweis von Retention, resp. mangelhafter Entleerung des Mageninhalts. In obigem Falle ersetzte S. einen Tag die Mundernährung durch Nährklystiere; das trotzdem eintretende spontane Erbrechen bewies, dass die Entleerung des Magens nach dem Duodenum hin behindert sein musste. Wichtig ist für die Beurteilung, dass bei den sehr rasch zur absoluten Stenose führenden Veränderungen eine Magenerweiterung vermisst wird. Es erklärt sich das beim Säugling dadurch, dass eben die mangelnde Entleerung des Mageninhaltes nach dem Duodenum hin ersetzt wird durch das Erbrechen. Erst mit der stärkeren Ausbildung des Fundus bei älteren Säuglingen kommt es durch längeres Verweilen des Mageninhaltes zur secundären Erweiterung. Die sorgfältige Beobachtung des Erbrechens ist um so wichtiger, als dasselbe, wie z. B. im Falle Schwyzer's, die ganze Situation beherrschen kann; in diesem Falle scheint wenigstens in der letzten Zeit die Stuhlträgheit gefehlt zu haben und das Bild dem eines Brechdurchfalls sich genähert zu haben. Besonders zu achten ist auf Beimengung von Galle im Erbrochenen, weil man da Schlüsse auf den Ort des vermuteten Hindernisses ziehen kann. Während z. B. in dem erwähnten Fall von Dünndarmsarcom das Neugeborene gallig gefärbte Massen erbrach, fehlte in einem Falle Aly's die gallige Beimengung; das Neugeborene erbrach kurz nach der Geburt und nach jeder Nahrungsaufnahme. während Meconium in normaler Weise entleert wurde, die Section ergab „eine Verengerung des Duodenums genau oberhalb der Stelle, wo der Ductus choledochus einmündet". Nach Hirschsprung bildet der obere Teil des Duodenums eine Lieblingsstelle angeborener Verengerung, sowie vollständiger Obliteration. Hirschsprung konnte 5 Fälle angeborener Strictur im Duodenum beobachten; in allen fand sich dieselbe über der Einmündungsstelle der Galle, die Symptome waren in der Hauptsache bis auf die Gallenbeimengung denen von Pylorusstenose ganz ähnlich. Eine bis ins Einzelne genaue Unterscheidung des Sitzes der Verengerung wird man wohl nicht treffen können, man wird zufrieden sein müssen, wenn man aus dem Mangel galliger Beimengung zum Erbrochenen den Schluss ziehen kann, der Verschluss liege oberhalb der Einmündung des Ductus choledochus. Auch die Natur des Verschlusses wird in manchen Fällen zweifelhaft bleiben müssen. Man wird sich erinnern, dass Verschluss

Digitized by Google

des Darmes durch Schleimhautfalten vorkommen kann, durch Narben infolge congenitaler Geschwüre, durch Stränge infolge fötaler Peritonitis, sowie durch den Druck von Tumoren der Bauchhöhle. An die Möglichkeit von Strangbildung dachte S. im obigen Falle sehr, da er bei der Palpation keinen Tumor nachweisen konnte. Er stellte sich vor, dass ein Strang das Duodenum abknicken könnte; mit der allmähligen Ausbildung des Magenfundus konnte sich der anfangs nur partielle Verschluss zu einem absoluten entwickeln, insofern der stärker entwickelte und angefüllte Magen den oberen horizontalen Duodenalteil gegen den Strang zog. Auch das Vorhandensein eines Tumors wurde in Erwägung gezogen. Uebrigens wird man sich im concreten Fall mit der Diagnose Verschluss in diesen Fällen von absoluter Pylorusstenose wohl beruhigen können, denn bezüglich der Therapie dieser Fälle genügt das ja, da dieselbe hier nur eine chirurgische sein kann. Ein Pylorus, der nur für eine mitteldicke Sonde oder für eine Stricknadel durchgängig ist, ist für die Fortdauer des Lebens eine absolute Unmöglichkeit. Diese Fälle, die in ihrem Symptomencomplex dem absoluten Darmverschluss ähneln, sind eine absolute Indikation zur Probelaparotomie, wie diejenigen von Darmverschluss selbst. Man wird nicht die Hände unthätig in den Schoss legen dürfen, ohne nicht wenigstens den Versuch zu machen, den Kindern eine Lebensmöglichkeit zu schaffen. Die Art, wie nach Eröffnung der Bauchhöhle weiter operiert werden muss, wird vom Einzelfall abhängig sein müssen. Im obigen Falle ging man gleich mit dem Plane einer Gastroenterostomie um und führte sie aus, trotzdem der Befund des beim Lebenden besonders deutlich hervortretenden Tumors schwankend machen konnte. Die Natur des Tumors war bis zur mikroscopischen Untersuchung zweifelhaft, weshalb man immerhin an einen malignen denken konnte. Aber eine Resection desselben schien aussichtslos, ebenso die Dilatation des Pylorus nach Loretta oder die Pyloroplastik. Die bedeutende Hypertrophie der Ringmuskulatur lässt es auch zweifelhaft erscheinen, ob die einfache Divulsion des Pylorus zu einem dauernden Erfolg in solchen Fällen führen dürfte. Die Gastroenterostomie, obwohl in so kleinen Verhältnissen nicht leicht, ist wohl also das Zweckmässigste. Dass in obigem Falle der Erfolg kein definitiver war, darf nicht abschrecken. Pat. hatte fast 1000 gr seines Gewichts bereits verloren, ein paar Tropfen Chloroform bewirkten schon ganz bedenklichen Collaps! Müssen aber alle Fälle erst in so desolatem Zustand zur Behandlung kommen? Es sind bereits einzelne Fälle von angeborenen Anomalien des Magendarmtractus bekannt, die operativ behandelt wurden, und es ist zweifellos, dass auch bei jenen Pylorusstenosen bessere Kenntnis der Dinge die Kinder frühzeitig dem Operateur zuführen und eine Bettung auf chirurgischem Wege zu stande bringen wird.

Gegenüber diesen seltenen Fällen von absoluter, sind solche von relativer Pylorustenose häufiger. Solche Fälle wird man allerdings heutzutage erst dann dem Messer überweisen, wenn sich entweder die Stenose rasch verschlimmert, oder wenn sich Complikationen einstellen. Im ersteren Falle wird der Verschluss eben bald ein absoluter werden, und damit wäre unser Handeln bestimmt. Die Complikationen, also vor allem die secundäre Magenectasie mit und ohne Katarrh, muss man lokal bekämpfen (Magenausspülungen!), und nach

Digitized by Google

Behebung derselben wird man den Pat. auch mit seinem relativ engen Pylorus über manche Lebensjahre hinweg kommen sehen. Freilich kann eine solche Pylorusstenose, wenn sie auch über die ersten Lebensjahre hinweg geht, immer noch recht früh Veranlassung zum chirurgischen Eingriff geben, wie z. B. ein Fall Sonnenburg's zeigt: Ein 5 Jahre alter Knabe wurde wegen Pylorusstenose und Magenectasie nach vergeblicher interner Behandlung operiert. Dabei erschien „in der Gegend des Pylorus eine 6—8 cm breite, dicke, tumorartige Schicht, keine Narbenbildung oder Geschwüre, dagegen eine starke muskuläre Hypertrophie, die Schleimhaut zu dicken Wülsten verändert; der Pylorus war für eine feine Sonde durchgängig.“

7) **M. Pfaundler.** Zur Frage der sogen. congenitalen Pylorusstenose und ihrer Behandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

P. unterwirft die Stern'sche Publikation (s. oben) einer Kritik und äussert starke Bedenken gegen die Diagnose und Therapie des Falles.

Die ganze Lehre von der „angeborenen Pylorusstenose“ steht noch auf recht schwachen Füssen; es ist überhaupt noch keineswegs erwiesen, dass eine solche Erkrankung wirklich existiert, und die bisherigen Veröffentlichungen sind keineswegs dazu angethan, einen überzeugenden Beweis zu liefern. In frischen Säuglingsleichen findet man in jedem dritten Falle — bei älteren Kindern noch häufiger — den Magen in einem eigentümlichen Zustande persistenter Muskelstarre vor. „Die Wandung der centralen Höhle ist in der nächsten Umgebung des Pylorusrings zu einem vorspringenden Wulste umgestaltet, verdickt, starr anzufühlen und von faltiger Schleimhaut ausgekleidet. Der Pylorus selbst ist in Folge der persistierenden Contraction sehr eng und häufig kaum für eine mitteldicke Sonde durchgängig; nur unter hohem Drucke vermag Wasser hineingepresst werden. Sehr häufig findet man den letzten Abschnitt der antralen Wandung zapfenförmig mehrere Millimeter in das Duodenum vorragen, so zwar, dass man ganz an das Bild der in die Scheide ragenden Cervix uteri erinnert wird. Hinter dem Pyloruszapfen sondiert man einen ringförmigen Fornix. Bei der mikroscopischen Untersuchung der antralen Wand erweist sich ihre abnorme Dicke bedingt durch abnorme Breite aller Muskelschichten, — namentlich ist die Ringmuskelschicht an dieser Verdickung, die nach dem histologischen Bilde wohl eine Hyperplasie vortäuschen könnte, beteiligt.“ Dieser systolische Zustand wurde also von P. an Magen, die eingehende functionelle und histologische Untersuchung völlig gesund erwiesen hatte, ebenso häufig angetroffen, wie an kranken Magen der verschiedensten Art. Den Befund selbst deutete P. so, dass es sich nicht um Totenstarre, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach um die Fixierung einer im Momente des Todes eben bestandenen normalen Functionsphase des Magens handelt. Wird die Muskulatur solcher systolischer Magen spontan durch längeres Zuwarten, oder künstlich durch Auswaschen mit Wasser erschlafft, so kann man feststellen, dass der Umfang des Pylorusringes nahezu normal wird, dass also, entgegen dem Befunde bei der Obduction, ein

Digitized by Google

normal weiter Pylorus vorliegt. Diese Normalweite ist freilich nicht so gross, wie es meist angegeben wird; die von P. an einem grösseren Material gewonnenen Durchschnittswerte des Pylorusumfanges betragen selbst bei passiver Dehnung des Organs unter einem Drucke von 30 cm Wasser im 1. Lebensjahre nur 2—3,3 cm, für einen 6 wöchentlichen Säugling etwa 2,3 cm.

Als P. die Litteratur der „congenitalen Pylorusstenose" kennen lernte, fand er, dass diese Beschreibungen mit denen, die er selbst über systolische Leichenmagen gegeben hatte, sich fast vollständig deckten, sodass der Verdacht von Verwechselungen sehr nahe lag.

Aber welches war nun das Substrat jener Fälle, die Stern u. a. im Leben beobachteten und nach klinischen Indicien in dieselbe Kategorie von Erkrankungszuständen einreihten? Nun, ein eigentlich charakteristischer klinischer Befund für congenitale Pylonesstenose beim Säugling ist überhaupt von Finkelstein zum 1. Male exact erhoben worden (auf Zeichen, wie langdauerndes Erbrechen hartnäckiger Art, Obstipation, Abmagerung u. s. w. wird wohl niemand, namentlich wenn solche erst an einem mehrere Wochen alten Kinde auftreten, seine Diagnose basieren!); es sind nach ihm folgende Erscheinungen von entscheidender Bedeutung: Erbrechen, auch nach sehr kleinen Nahrungsmengen, sichtbare Magenperistaltik, Fühlbarkeit eines resistenten Tumors in der Pylorusgegend und event. Gastrektasie. Aber Magenperistaltik kann ja in der normalen Verdauungszeit auch an völlig gesunden Säuglingen zeitweise leicht beobachtet werden, wenn die Bauchdecken schlaff und dünn genug sind; Finkelstein meint also offenbar abnorm starke, abnorm andauernde, event. auch abnorm verlaufende (antiperistaltische) Bewegungen. Was den Tumor in der Pylorusgegend anbetrifft, so ist bei der gedeckten Lage des Pförtners hinter der Leber des Säuglings selbstredend ein palpatorischer Nachweis nur dann möglich, wenn gleichzeitig ein abnormer Tiefstand des Antrums vorliegt. Diese allein bis zu einem gewissen Grade pathognostischen Zeichen lagen z. B. im Falle Stern nicht vor. Künftig wird man durch genaue Sondenuntersuchung des Magens und namentlich durch Gastrodiaphanie in fraglichen Fällen zu einem Resultate kommen können. Die secundäre Dilatation des Magens fehlte fast in allen anatomisch untersuchten Fällen oder war wenigstens nicht ausgesprochen; das Gleiche gilt von der compensatorischen Hypertrophie der Magenmuskulatur. Und nun die Antwort auf obige Frage? Die klinische Erfahrung hat P. gelehrt, dass es im Säuglingsalter höchst markante Krankheitsbilder giebt, die kaum anders, als durch die Annahme einer Darmstenose in der Pylorusgegend gedeutet werden können; diese Stenosen schliessen sich nicht immer unmittelbar an die Geburt an und sie bilden sich nach Wochen, event. Monaten spontan zurück. Obwohl diese temporären Stenosen nun zu den schwersten Inanitionszuständen führen können, sah P. keinen Fall letal enden, vielmehr trat stets allmählige Besserung und Heilung ein. P. ist nun mit Thomson der Ansicht, dass es sich hierbei um eine congenitale oder häufiger eine in den ersten Lebenswochen eintretende spastische Contractur der Pylorus-

Digitized by Google

muskeln handelt. Ein anatomisches Substrat dafür existiert nicht, vielmehr liegt eben höchstwahrscheinlich eine rein functionelle Erkrankung vor, wie sie bei der hohen Reizbarkeit des sensomotorischen Apparates im Säuglingsmagen (die schon aus der Neigung gesunder Säuglinge zum Erbrechen hervorgeht) leicht sich entwickeln kann.

Ein operativer Eingriff ist also hierbei durchaus nicht indiciert, zumal es sich um herabgekommene Kinder handelt. Man wird vielmehr den spontanen Nachlass des Spasmus zu begünstigen haben z. B. durch lokale Narcotica, Anodisierung, feuchtwarme Umschläge, protrahierte Bäder und namentlich durch Magenspülungen, die eine erschlaffende Wirkung auf den Tonus der Magenwand, wie P. nachweisen konnte, ausüben; diätetische Maassnahmen, consequent fortgesetzt, werden natürlich ebenfalls heranzuziehen sein.

---

8) **Wanitschek.** Ein Fall von congenitaler Dünndarmocclusion. (Aus der Prof. Bayer'schen Abteilung am Kaiser Franz Joseph-Kinderspital in Prag.)

(Prager medic. Wochenschrift 1898 No. 34 u. 37.)

Am 1. III. d. J. wurde ein Kind mit der Angabe eingebracht, dass seit der Geburt weder Meconium- noch Stuhlabgang beobachtet wurde. Das Kind war 4 Tage alt, erbrach angeblich jede Nahrung sofort wieder. Auch sollen keine Flatus abgegangen sein.

Schwächliches, aber ausgetragenes Kind. Augen haloniert, Icterus neonatorum. Kopf-, Hals- und Brustorgane normal. Abdomen meteoristisch aufgetrieben, Leber und Milz normal. Nabel zum Teil eingetrocknet, ein ca. 4 cm langer Rest der Nabelschnur noch vorhanden. Perkussion ergiebt überall tympanitischen Schall. In der Richtung von rechts oben nach links unten zieht ein Wulst, der deutliche peristaltische Bewegungen zeigt. Das eingeführte Darmrohr stösst 12 cm oberhalb des Sphincter auf einen Widerstand, Darmirrigationen sind von keinem Erfolg. Ausspülung des Magens fördert grünlichgelbe, fäculente Massen zu Tage. Continuirlicher Ileus, Erbrechen von solchen Massen, wie sie durch Ausspülung herausbefördert wurden. Das Kind verfällt zusehends. Daher Laparotomie.

Durch einen vom Proc. xiphoideus bis zur Symphyse reichenden Schnitt wird die Peritonealhöhle eröffnet, nachdem zuvor der Rest der Nabelschnur mit dem Thermokauter abgetragen wurde. Es wölbt sich ein stark geblähter Darmteil vor, der sich als hochgradig ausgedehnter Dünndarm erweist. Derselbe ist in seiner Wandung äusserst hypertrophiert und endigt sackartig in der linken Darmbeingrube. Es stellt einen vollständig abgeschlossenen, frei beweglichen Blindsack dar. An normaler Stelle liegt das Coecum mit dem Proc. vermiformis. Das Coecum, das Colon ascendens und descendens sind hochgradig verengt und stellen einen federkieldicken Strang dar. Zwischen Coecum und dem Dünndarmblindsack besteht absolut kein Zusammenhang; wohl zieht aber ein bindegewebiger Strang von der medialen Fläche des Cöcums zum Nabel. Am S. romanum findet sich entsprechend dem Promontorium eine suffundierte Stelle, welche wohl von den Insulten des oberen Darmstücks herrühren dürfte. Unterhalb dieser Stelle wird nun eine Oeffnung angelegt und bei abgeklemmtem Dünndarm eine Anastomose zwischen Flexur und dem untersten Dünndarm in gewöhnlicher Art geschaffen. Es wurde die Flexur aus dem Grunde zur Anastomose ausgesucht, weil man hier das weiteste Lumen zu finden vermutete, während man nicht überzeugt war, ob der übrige strangförmig contrahierte Dickdarm überhaupt ein continuirliches Lumen besässe. Naht der Bauchhöhle. Als Antisepticum wurde dreiprozentiges Borwasser benutzt. Die Narkose dauerte 42 Minuten, wobei 10 g reines Chloroform verbraucht wurden.

Das Kind erbrach unaufhörlich, verfiel immer mehr und starb abends $8\,^3/_4$ Uhr desselben Tages.

Auszug aus dem Sektionsprotokoll: Magen von gewöhnlicher Beschaffenheit, stärker ausgedehnt, seine Schleimhaut blass. Der ganze Dünndarm, dessen Länge 76 cm beträgt, und dessen unteres Endstück durch die Enteroanastomose

Digitized by Google

mit der Flexura sigmoidea verbunden ist, sehr stark meteoristisch aufgetrieben. Das Cöcum, sowie der ganze Dickdarm, der 33 cm lang ist, vollkommen kontrahiert, aber überall durchgängig. Der Proc. vermiformis vorhanden, gewöhnlich beschaffen. An Stelle des untersten Ileums findet sich ein 4 cm langer, von der medialen Fläche des Cöcums entspringender, über dasselbe nach aussen und aufwärts verlaufender Strang, der im allgemeinen solid bindegewebig erscheint, in der Mitte jedoch in der Strecke von 1 cm ein langes Lumen zeigt. Diese Stelle, von deutlicher Darmbeschaffenheit, ist mit spärlichen meconiumartigen Massen gefüllt. Im dilatierten Dünndarm überall nebst Gas reichliche, dünnbreiige, fäculente Massen. Der Dünndarm leer bis auf die Flexur und das Rectum, in welchem sich spärliche, dünnbreiige Massen finden. Die Darmschleimhaut überall blass. In dem ausgedehnten Teile des Dünndarms findet sich, und zwar von oben nach unten allmählich sich steigernd, Verdickung der Mucosa und der Muscularis.

Es handelte sich also hier um vollständige Trennung im Bereiche des Dünndarms; das zuführende Darmstück lag in der linken Darmbeingrube, das abführende als dünner, bindegewebiger Strang beim Cöcum. Ob es Atresie, Zerteilung des Darmes in zwei Teile oder Defect eines grösseren Teiles des Ileums, vielleicht des ganzen Ileums war, was vorlag, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Grössere Defecte des Darmes kommen in der Regel nur mit anderen Missbildungen vereint vor, und es handelt sich gewöhnlich um Acephalen, Acardiaci. Doch könnte man immerhin aus der Länge des Darmes im obigen Falle einen Schluss zu ziehen suchen. Dieselbe betrug 109 cm, wovon 76 cm auf den Dünndarm und 33 cm auf den Dickdarm entfallen. Nach einer Aufstellung von Güntz betragen die Maasse des Darmes Neugeborener 3,5 m für den Dünndarm und 44 cm für den Dickdarm. In obigem Falle war also insbesondere der Dünndarm bedeutend kürzer. Einen sicheren Schluss aber aus dieser Differenz ziehen zu wollen, wäre gefehlt. Hat man doch Neugeborene mit $1^1/_2$ m Darm gefunden; auch muss man in Betracht ziehen, dass durch die Blähung der Dünndarm noch in die Länge gezogen sein kann, was alles zusammen die Beurteilung des Falles erschwert.

Wichtiger als diese Frage, sowie diejenige nach der Ursache solcher Anomalien, die bisher übrigens nur durch Aufstellung von Hypothesen beantwortet werden konnte, ist die Frage betreffs der Therapie. Was soll man in einem Falle von diagnosticierter Atresie thun? Soll man warten, bis der Tod herbeikommt? Und er kommt ja sicher, wenn man nicht operiert. Welche Gefahren hat man bei der Operation zu scheuen? Dieselben nur, wie beim Erwachsenen! Die Laparotomie hält das Neugeborene ebenso aus! Hat doch Bayer ein Kind in der ersten Lebensstunde laparotomiert, ein Kind mit Nabelschnurhernie, bei dem der Bruchsack geplatzt war und fast sämtliche Intestina zu Tage lagen; der Erfolg war ein vollständiger. Elliot machte bei einem 2 Tage alten Kinde mit Atresia recti, nachdem er trotz Kreuzbeinresection das centrale Darmende nicht erreichen konnte, die Laparotomie und schob durch den Douglas das obere Darmende in die untere Wunde, wo er es einnähte; Heilung. Ausserdem werden in der Litteratur zahlreiche Fälle angeführt, wo wegen Atresia recti colostomiert werden musste, von welchen ein grosser Teil in Heilung überging. Leider ist es oft recht schwer, eine Occlusion frühzeitig zu diagnosticieren, noch schwieriger, ihren Sitz zu bestimmen; auch

Digitized by Google

wird der Arzt meist erst gerufen, wenn schon Peritonitis, Herzschwäche etc. da sind, sodass man an ein fast moribundes Kind das Messer ansetzt, und endlich kommt es vor, dass man die eine Atresie operiert und weiter oben am Dünndarm, Duodenum, Pylorus noch eine sitzt.

Hecker machte (1896) bei einem Kinde von 3 Tagen, welches keinen Stuhl hatte und andauernd erbrach, die Colostomie. Tags darauf Tod an beginnender Peritonitis. Die Section ergab eine Atresie am Dünndarm; das obere Ende lag im Beckeneingang, während das abführende Stück oben in der Lebergegend lag. Obiger Fall bot ganz ähnliche Verhältnisse. Derartige Dislokationen sind wohl aus der Peristaltik zu erklären. Dass der Fötus Darmperistaltik besitzt, ist durch den Befund von Meconium im Dickdarm erwiesen. Wenn im Darm irgendwo ein Hindernis sitzt, so wird die Peristaltik des zuführenden Darmteils eine äusserst lebhafte, und dadurch kann das kürzeste Mesenterium in die Länge gezerrt werden.

Wie verhält sich aber nun der Organismus zu ausgedehnteren Verlusten am Darm? Im obigen Falle wären das Colon ascendens, transversum und descendens ausgeschaltet worden. Nun, im Allgemeinen werden Dickdarmresectionen sehr gut vertragen, wie einige publicierte Fälle zeigen. So z. B. berichtete Schramm (1896) über 2 Fälle von Darmresection an Neugeborenen, beide mit vollständiger Heilung endigend, und van Hoeven hat (1896) mit vollständigem Erfolg bei einem $8^1/_2$ Monate alten Kinde wegen Invagination 35 cm Dickdarm entfernt. Was den Dünndarm anbetrifft, so wissen wir aus Tierexperimenten Trzebicky's, dass erst nach Resection von $^2/_3$ des Dünndarms das Individuum verloren ist. Bei der ungleichen Länge des Darmes des neugeborenen Kindes wäre es etwas schwer, genau Grenzen präcisieren zu wollen; immerhin darf man wohl 1 m als das zulässige Mass der Dünndarmresection ansehen.

Soviel steht fest, dass man heutzutage jede einmal diagnosticierte congenitale Occlusion operativ anzugehen hat, dass es nicht mehr statthaft ist, ein im Uebrigen gesundes Kind mit einer solchen Anomalie sterben zu lassen, ohne den Versuch gemacht zu haben, es durch einen operativen Eingriff am Leben zu erhalten. Und wenn wir die Mortalität von 100% nur auf 99% herunterbringen, ein Erfolg ist auch das!

---

9) **F. Smoler.** Atresia recti vesicalis bei einem 5 Tage alten Mädchen.

(Aus Prof. Chiari's pathologisch-anatom. Institute).

(Prager medicin. Wochenschrift 1898 No. 38/39.)

Die Einmündung des Rectums in die Harnblase oder Urethra gehört beim weiblichen Geschlechte bekanntlich zu den grössten Seltenheiten. Die Seltenheit dieses Vorkommens ist auch vollkommen begreiflich, wenn man sich die normale Gruppierung der Harn- und Geschlechtsorgane weiblicher Individuen vorstellt, — wenn man sich speziell die Thatsache vor Augen hält, dass sich hier zwischen Harnblase und Rectum der Uterus und die Vagina einschiebt, welche also

Digitized by Google

gewissermassen, unter normalen Verhältnissen, durch ihre Lagerung ein massives Hindernis für eine solche Missbildung ausmachen. Die Atresia recti vesicalis kann nur dann zur Entwickelung gelangen, wenn dies Hindernis ganz oder teilweise wegfällt, also bei einem Bildungsfehler im Genitaltract. Bisher hat nur Schneider einen solchen Fall publiciert (1892): Bei einem gleich nach der Geburt verstorbenen Mädchen zeigte die Section folgendes: Das äussere Genitale war kümmerlich angelegt und zeigte keine Ausmündung von Scheide oder Harnröhre. Die vorhandene Analgrube zeigte ebenfalls keine Oeffnung. Es bestand ein Uterus bicornis, der auffallend gross war. Zwischen seinen beiden Hörnern sass die Blase, von deren unterem Ende ein Bindegewebsstrang nach abwärts zog, der einen blind endigenden engen Canal enthielt. An der hinteren Blasenwand befand sich eine Grube, die eine Oeffnung aufwies, von der aus man durch einen kurzen Canal das rechte Uterushorn sondieren konnte. An der hinteren Fläche des Uterus, an der Stelle, wo seine beiden Hörner zusammentrafen, war das untere Ende eines Meconium enthaltenden Sackes fest mit dem Uterus verwachsen, welcher Sack sich nach oben in den Dickdarm fortsetzte. Die vordere Wand des Sackes wies eine Oeffnung auf, durch die man eine Sonde in das rechte Uterushorn einführen konnte, welches ebenfalls Meconium enthielt. Beide Uterushörner waren durch ein Septum median getrennt, welches eine Oeffnung gerade dort hatte, wo der Darm mündete. Es communicierte der Darm also hier mit beiden Uterushörnern. Gerade an dieser Stelle also mündete das rechte Uterushorn in die Blase. Es bestand demnach Verbindung des Darms mit der Blase durch einen ganz im Septum des Uterus bicornis verlaufenden Canal, der aber nicht vollkommen geschlossen war, sondern 2 spaltförmige, in die Uterushörner mündende Ostien besass. Irgend ein vaginales Ostium hatte der Uterus nicht. Die Nieren waren hydronephrotisch, alle übrigen Organe normal. Schneider bezeichnete die Missbildung als „Atresia ani uterina et vesicalis mit Atresia vaginae et urethrae".

S.'s Fall war nun dem beschriebenen in mancher Beziehung ähnlich.

5 Tage altes Mädchen, an dem zwei Tage post partum wegen Atresia ani Colotomie gemacht, resp. ein Anus arteficialis in der linken Regio iliaca angelegt worden war. Das schwächliche, nicht ausgetragene Kind, starb 3 Tage nachher unter Peritonitissymptomen, und die Obduction hatte folgendes Ergebnis:

Aeusserlich zeigte sich an Kopf, Rumpf, Darm und Extremitäten nichts Pathologisches. Nur der Anus fehlte vollkommen; auch nicht eine Andeutung eines Analgrübchens war nachweisbar. Dagegen bestand eine deutliche Raphe perinei, die, scharf hervortretend, gegen die hintere Vereinigung der Labia majora führte. Letztere zeigten normales Verhalten. Zwischen ihnen war ein 8 cm langer rüsselförmiger Körper sichtbar, der durch einen sagittalen Spalt in zwei faltenartige Gebilde zerfiel, die von oben her ein, einem Praeputium clitoridis ähnlicher, Wulst umgriff. Zwischen den beiden vorn an dem rüsselförmigen Körper befindlichen Falten erblickte man eine feine Oeffnung, die sich in einem für eine Haarsonde passierbaren Canal fortsetzte, welch letzterer in die Harnblase führte, also als Urethra gedeutet wurde. Seine Länge betrug 3,9 cm. Die Harnblase zeigte dem Alter entsprechende Grösse und gewöhnliche Wandbeschaffenheit. An der dem Trigonum Lieutaudii entsprechenden Stelle lagen ganz nahe aneinander 3 kleine, für feine Sonden durchgängige Oeffnungen (s. unten). Ureterenostien waren nicht vorhanden, ebenso fehlte aussen jegliche Spur eines Ansatzes von Ureteren an der Harnblase. Hinter letzterer, mit der hinteren Wand derselben durch Bindegewebe fest verbunden, lagerte ein ungefähr birnförmiger Sack, der an seinem

Digitized by Google

oberen Ende einen Querdurchmesser von 5 cm hatte und sich ganz allmählich nach unten zu verjüngte. Seine Länge mass 4 cm. Bei der Eröffnung dieses Sackes fand man, dass derselbe durch ein medianes Septum in zwei annähernd gleich grosse Abschnitte getrennt war, deren jeder, wie sich dann herausstellte, einer Vagina entsprach. Die beiden Scheiden waren allerdings auffallend weit, im übrigen aber nicht abnorm, wovon die genaue Untersuchung ihrer Schleimhaut und Muskelschichte überzeugte. Von oben her war in jede der beiden Scheiden eine wenig prominierende Portio vaginalis eingesetzt, deren quergestellter Muttermund in ein entsprechend gebogenes Uterushorn führte. Das rechte Uterushorn war 2,4 cm, das linke 2,5 cm lang. Von dem oberen Ende jedes Uterushornes verlief eine je 1,5 cm lange geschlängelte Tuba Fallopiae gegen die seitliche Beckenwand hin. Die Ovarien waren ebenfalls auf beiden Seiten vorhanden, erschienen aber deutlich kleiner. Das mediane Septum, welches die Vagina dextra von der Vagina sinistra trennte, setzte sich nach oben, den rechten Uterus vom linken scheidend, fort. An dieses Septum trat von hinten oben her der Mastdarm heran, er durchbrach dasselbe und mündete in die hintere Wand der Harblase mit der obersten der 3 kleinen am Trigonum Lieutaudii beschriebenen Oeffnungen, von welcher er aus bequem sondierbar war. Von den beiden unteren der eben genannten Oeffnungen gelangte man in 2 ganz kurze Canälchen, von denen der rechte in die rechte Scheide, der linke in die linke Scheide führte. Die Mündungen dieser Canälchen in den Scheiden lagen nicht an den unteren Polen derselben, sondern in ihren vorderen Wänden, und zwar lag die Mündung des rechten Canälchens in der vorderen Wand der rechten Scheide etwas höher als die Mündung des linken Canälchens in der vorderen Wand der linken Scheide. Die Mündungen in beiden Scheiden waren schlitzförmig, schräg gestellt und von niedrigen Schleimhautwülsten umgeben. In der Harnblase und in den beiden Scheiden fand sich eine meconiumhaltige, dickliche, gelblich-graue Flüssigkeit. An der hinteren Wand des durch die beiden Vaginae formierten cystischen Gebildes, und zwar an der hinteren Wand jener Hälfte, die der rechten Vagina entsprach, inserierte von aussen ein 4,5 cm langer Strang. Derselbe besass an seinem unteren, an der rechten Vagina angesetzten Ende eine etwa $^1/_2$ cm^2 grosse, 1 mm dicke Platte, bei deren frontaler Durchtrennung man in derselben ein Lumen wahrnahm. Die Sondierung des Gebildes von diesem Lumen aus nach abwärts blieb erfolglos. Auch konnte man an der der Insertion des Stranges entsprechenden Stelle der Innenwand der rechten Vagina keine Spur einer Oeffnung wahrnehmen. Dagegen liess sich das Gebilde von der genannten Stelle aus 5 mm weit nach aufwärts sondieren, wurde aber hier vollkommen solid. An seinem oberen Ende verbreiterte sich der beschriebene Strang zu einem dreieckigen Körper, dessen nach aufwärts gewandte Basis 6 mm lang war. Nachdem man dies Gebilde von hinten her sagittal eingeschnitten hatte, gewahrte man in demselben einen Hohlraum, der sich in 2 ganz kurze seitliche Canälchen fortsetzte, welche in die Calices der rechten und linken Niere führten. Die Nieren selbst lagen auf diese Art ganz nahe bei einander, und zwar jederseits dicht neben der Medianebene des Körpers. Was ihr makroscopisches Verhalten betrifft, so waren sie etwa haselnussgross, ihre Oberfläche war eigentümlich höckrig und zeigte stellenweise kleine Cystchen. Die mikroscopische Untersuchung der als Nieren angesprochenen Körper sollte erstens diese Diagnose verificieren, zweitens aber über etwaige Anomalien ihres Parenchymaufbaues Aufschluss erteilen. Der erste Punkt konnte bald beantwortet werden: Nach Celloidineinbettung gewonnene, mit Hämatoxilin-Eosin gefärbte Schnitte zeigten reichliche Malpighi'sche Körperchen und Harnkanälchen. Den zweiten Punkt betreffend wäre das Vorhandensein von Cysten, welche homogen geronnene Inhaltsmassen aufwiesen, sowie die reichliche Menge kleinzellig infiltrierten Zwischengewebes hervorzuheben.

Wir haben es hier also mit einer Combination mehrerer Missbildungen zu thun, von denen die interessanteste das Bestehen der Atresia recti vesicalis ist, mit Rücksicht darauf, dass sie bei einem weiblichen Individuum zur Entwickelung gelangt war. Dieselbe ist nur denkbar in Verbindung mit einem Bildungsfehler im Bereich jener Teile der Genitalsystemanlage, die den Uterus und die Vagina aufbauen, also im Bereiche der Müller-schen Fäden. Der Defect des Anus kommt ebenso häufig, wie der Defect des Rectums für sich allein, sowie in Combination mit anderen

Digitized by Google

Missbildungen vor. Selten ist hingegen die Ausmündung der Scheide in der Harnblase, welche übrigens auf einen Stillstand in der Entwickelung die ganzen Systemanlage in einer sehr frühen Periode hinweist. Die abnorme Formation des Genitale externum, welches man in diesem Falle als Genitale anceps bezeichnen könnte, ist wohl als etwas Secundäres anzusehen. Das Fehlen eines äusseren Vaginalostiums und besonders das starke Vortreten der rüsselförmigen Clitoris mit deutlichem Präputium erlauben dasselbe als Viragogenitale anzusprechen. Als selten kann man auch das Verhalten der Nieren und des hier unpaaren Ureters bezeichnen, wenngleich diese Missbildung mit der Atresia recti und der Mündung des Rectums in die Harnblase an und für sich nichts zu thun hat.

Obiger Fall zeigt auch klar, dass die Raphe perinei sich selbständig bilden kann durch das Zusammenfliessen der beiden seitlichen Perinealfalten und dass zum Entstehen derselben das Herunterwachsen das Septum vesicorectale nicht notwendig ist. Dies Septum blieb im obigen Falle rudimentär, sodass bei gleichzeitiger Entwickelungshemmung im Gebiete der Müller'schen Fäden das Rectum mit der Harnblase in Communikation verharrte. Die Portio analis recti kam überhaupt nicht zur Anlage.

---

10) **R. Försterling.** Ueber Verletzungen des Kindes bei der Geburt.

(Inaug.-Diss. Halle 1898. — Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 37.)

Unter 3982 klinischen Geburten kamen 51 Verletzungen (1,28%) vor, und zwar bei 182 Beckenendlagen 5 Humerusfracturen, 1 Epiphysenlösung am oberen Humerusende, 2 Clavicularfracturen, 3 Erb'sche Lähmungen, 1 Radialislähmung, 2 Schädelfracturen, 1 Unterkieferfractur (Veit-Smellie); 1 Erb'sche Lähmung heilte nicht. Bei Kopflagen wurde 117 mal die Zange angelegt mit 7 (6%) Verletzungen (3 Facialisparesen, von denen 1 dauernd blieb). Unter den übrigen Verletzungen bei spontan verlaufenden Schädellagen sind bemerkenswert: 1 sich nicht bessernde Radialisparese (Geburtszeit 130 Stunden) und ein Fall mit 2 Hämatomen am Stirn- und Scheitelbein zugleich mit Genickstarre, Armkrämpfen und Facialisparese, Exitus.

Unter 6171 poliklinischen Geburten finden sich 165 (2,27%) Verletzungen und zwar unter 989 Beckenendlagen 77, davon 1 spontane Unterkieferfractur bei 8 monatlicher, macerierter Frucht, die anderen Oberarm und Clavicula bei Armlösungen betreffend (1 linksseitiger Schlüsselbeinbruch bei Lösung des rechten Armes) und 9 beim Veit-Smellie'schen Handgriff (3 Erb'sche Lähmungen, 1 Radialisparese, 1 Clavicularfractur, 1 Abtrennung der Squama oss. occip., 2 Fracturae mandibulae). Ferner wurde 5 mal der Femur gebrochen, 1 mal erfolgte Luxatio coxae, 1 mal Infractio cruris, 1 mal Malleolarfractur, davon erfolgten 2 Femurfracturen bei Zug der Wendungsschlinge nach der Symphyse zu. Bei spontaner Schädelgeburt wurde 1 mal ein 3 cm langer Riss an der auffallend grossen rechten Nymphe bemerkt. Unter 626 Zangen 56 (8,94%) Verletzungen, darunter mehrere Schädelfracturen, die wenig Symptome machten und 1 Leberruptur bei Eclampsie der Mutter.

Digitized by Google

11) **Strauss.** Ueber einen schweren Fall von Verletzung des bulbomembranösen Teiles der Harnröhre.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

Bei der 70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf machte S. von dem Falle Mitteilung, der einen Knaben von 10 Jahren betraf. Derselbe, Epileptiker, fiel in einem Anfall auf den Rand einer Kiste. Ein College, welcher den eingetretenen Harndrang beseitigen wollte, war nicht in der Lage, den Katheter in die Blase zu führen. S. selbst versuchte es später, kam aber auch nicht zum Ziel. Es wurde die Sectio perinealis gemacht, und es zeigte sich nun, dass der bulbomembranöse Teil der Harnröhre vollkommen fehlte resp. zerquetscht war. Auch jetzt gelang es noch nicht, das centrale Ende der Harnröhre zu finden, und es wurde deshalb die Sectio alta angeschlossen und mittelst einer Nélaton'schen Führungssonde der retrograde Katheterismus vorgenommen. An das nun aus der Wunde kommende Ende dieser Sonde wurde ein Nélaton-Katheter angebunden und zunächst in die Blase hineingezogen, sodann vom Orificium externum aus die Urethra anter. mit der Führungssonde katheterisiert und ebenfalls das angebundene Ende des Nélaton durchgezogen. Ueber diesen Verweilkatheter wurde die Wunde vernäht und heilte glatt. Nach kurzer Zeit konnte Pat. als geheilt entlassen werden.

---

12) **Masse.** Piaulement intracranien consécutif à un traumatisme.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1898 No. 28/29. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 41.)

M. berichtet über einen Fall heftigen Aufschlagens des Kopfes auf den Fussboden bei einem $7^1/_2$ Monate alten Kinde, bei dem anfänglich keine schwere Verletzung vorzuliegen schien, bei dem nachträglich aber als Wahrscheinlichkeitsverletzung ein Schädelbruch und arterio-venöses Aneurysma der Carotis interna im Sinus cavernosus angenommen werden musste.

Der Fall war ein indirekter, die Mutter stürzte mit dem Kinde im Arm. Zuerst wurde nichts beobachtet, nach 47 Tagen cerebrale Erscheinungen mit Eiterung aus dem Ohr und Abscess hinter demselben; nach Incision und Behandlung Heilung. Nach 6 Jahren Hören eigentümlicher Geräusche im Kopf, die auch von anderen auscultiert werden konnten; dieselben waren isochron mit dem Pulsschlag, auf der rechten Kopfseite und konnten durch Compression der Carotis am Hals unterdrückt werden. Allmählig hat sich das Kind an die Geräusche so gewöhnt, dass es nicht mehr davon gestört wird, und da bei der nunmehr 11jährigen Pat. keine weitere Störung vorliegt, sie sich vielmehr bester Gesundheit nach jeder Richtung hin erfreut, wurde nichts gemacht.

Digitized by Google

13) **N. N. Alexejew.** Ueber Aneurysmen im Kindesalter.

(Dtjeskaja Medicina 1898 No. 3. — Revue der Russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 7.)

Ein 10jähriges Mädchen erkrankte ziemlich plötzlich an heftigen Schmerzen im Unterleib, starken, nicht genau localisierten Schmerzen in den Beinen, die zeitweilig Schwäche, und Unvermögen zu stehen verursachten und allgemeiner Depression. Ausser diesen in ihrer Intensität wechselnden Symptomen war an dem Krankheitsbild noch Folgendes erwähnenswert: Die Körpertemperatur war meist erhöht, Pat. magerte allmählig stark ab; in der fünften Woche stellten sich innerhalb 4 Tagen mehrmals allgemeine klonische Krämpfe ein, nach denen eine Hemiplegie der linken Körperhälfte zurückblieb, die sich jedoch nach 4 Tagen vollkommen zurückbildete.

Objectiv war unter dem Nabel im Bauchraum eine harte Geschwulst zu palpieren, welche Pulsation aufwies und auf Druck sehr schmerzhaft war. Die Pulswelle in beiden Cruralarterien kleiner, als normal, besonders links.

Nach etwa 8wöchentlicher Krankheitsdauer Exitus letalis. Das Aneurysma befand sich im unteren Teile der Aorta abdominalis. Die Arter. iliacae entsprangen unmittelbar aus demselben, ihr Lumen zeigte sich verengt. Das Aneurysma, welches einen wandständigen Thrombus aufwies, war geborsten, ein Bluterguss fand sich im retroperitonealen Gewebe, nach unten ins kleine Becken reichend und am deutlichsten ausgeprägt im Mesenterium der Flexura sigmoidea. Frische Endocarditis verrucosa an der Mitralklappe. Im Gehirn nichts Abnormes.

A. ist geneigt, die Gehirnerscheinungen einer vorübergehenden Circulationsstörung zuzuschreiben, wie ja ein vorübergehendes Gehirnödem leicht bei dem allgemein heruntergekommenen Kinde aufgetreten sein könnte.

---

14) **A. Josias** et **J. C. Roux.** Contribution à l'étude de la pseudoméningocèle traumatique.

(Revue de Méd. 1897, Avril. — Neurolog. Centralblatt 1898 No. 18.)

Als traumatische Pseudo-Meningocele bezeichnen die Vff. diejenigen Fälle von Meningocele, welche nicht angeboren, sondern nach einem traumatischen Knochendefect bei Kindern entstanden sind. Sie selbst haben einen derartigen sehr charakteristischen Fall bei einem 5jährigen Mädchen beobachtet. Das Kind war im Alter von 6 Wochen aus dem Bett gefallen. Gleich danach schwere, aber vorübergehende Gehirnerscheinungen und etwas später Auftreten eines weichen Tumors am linken Scheitelbein. Als die Vff. das Kind untersuchten, hatte der flache Tumor einen Durchmesser von fast 10 cm. Seine Oberfläche war weich und eindrückbar. Deutliche Pulsation, starke exspiratorische Vorwölbung beim Husten. Rechtsseitige Hemiplegie, besonders stark ausgeprägt im Arm. Intelligenz des Kindes sehr herabgesetzt. Sonst keine besonderen Störungen.

Derartige traumatische Meningocelen treten fast nur bei Kindern auf. Da die Dura mater noch fest am Schädel haftet, reisst sie gewöhnlich gleichzeitig mit der Schädelfractur mit ein. Die anfängliche Fissur des Schädels erweitert sich beim Wachstum des Gehirns zu einer immer breiteren Spalte. Darum tritt auch keine Heilung der Fissur ein. Ausserdem macht sich an den Rändern Knochenresorption geltend. Durch den Spalt drängt sich sofort nach dem

Digitized by Google

Trauma der Liquor cerebrospinalis nach aussen unter die Haut. Manchmal wird er wieder resorbiert, in anderen Fällen bildet sich eine dauernde, langsam wachsende Meningocele. Das Gehirn selbst ist häufig mitbeteiligt, sei es durch das Trauma direct, sei es durch secundäre Erweichung. Da der Sitz der Affection fast immer am Scheitelbein gelegen ist, sind Hemiplegien sehr häufig. Auch secundäre Epilepsie, Störungen der Intelligenz u. s. w. sind oft beobachtet.

Therapeutisch wurden versucht: Punction mit nachfolgender Injection, dauernde Compression; besser ist Incision mit nachfolgender Knochentransplantation.

---

15) **M. Breitung.** Ein Fall von Epilepsie nach lange dauernder Douche auf den Kopf.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 39.)

Im Jahre 1892, an einem sehr heissen Nachmittage im Juli, lief der damals 10 jährige Knabe sehr rasch eine grössere Strecke, um ein Douchebad zu nehmen. Er stand dann wenigstens $^1/_4$ Stunde unter der Brause.

Als er nach Haus kam, bemerkten die Eltern bei ihm ungewöhnliche Aufregung. Auch die Nacht verlief sehr unruhig, und am anderen Morgen trat plötzlich ohne jede besondere Veranlassung ein Anfall mit Zuckungen, Bewusstlosigkeit etc. auf, der längere Zeit dauerte und von einem Arzt als epileptischer bezeichnet wurde. Von nun ab traten bei dem hereditär nach keiner Richtung hin belasteten Knaben, der selbst bis dahin stets gesund gewesen, innerhalb eines Jahres die Krämpfe 6—8 mal ein, durchschnittlich 5 Minuten dauernd, mit deutlicher Aura, welche sich durch aufsteigendes Kribbeln und Zucken von der linken Hand aus ankündigte.

Bei der objectiven Untersuchung im April d. J. fand B. bei dem 16 jährigen Pat. als bemerkenswertestes Resultat: Weite Pupillen mit träger Reaction, Herabsetzung der Hörfähigkeit links für Ton und Sprachgehör, Abweichung der Zungenspitze nach rechts, geschwächte Intelligenz.

B. zweifelt nicht daran, dass die protrahierte Douche direct auf die Schädeldecke des erhitzten Kindes als Trauma aufzufassen ist, welches die Epilepsie veranlasste. Die Ausflussöffnungen bei Kopfdouchen dürften überhaupt nur schief gestellt sein, sodass die Wasserstrahlen die Haut im stumpfen Winkel träfen, und die Menschen sollten sich auch dann selbst den Douchestrahlen nur so aussetzen, dass dieselben nicht den Schädel, sondern nur den oberen Teil des Rückens resp. der Brust peitschend treffen könnten.

---

16) **Klingelhöffer.** Zweifelhafte Leichenbefunde durch Benagung von Insekten.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin Bd. XV Heft 1. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 34.)

Das 9 Monate alte Kind eines in grosser Dürftigkeit lebenden Postbediensteten, welcher auch die elektrischen Batterien der Post zu bedienen und daher mit Säuren zu hantieren hatte, war nach 8 tägiger Krankheitsdauer unter den Erscheinungen einer Entkräftung nach Diarrhoën gestorben. Bei der am Tage nach dem Tode erfolgten

Digitized by Google

Leichenbeschau wurde aussen an der Leiche folgender auffälliger Befund constatiert: An beiden Mundwinkeln fanden sich streifenförmige, gelbe, scharf begrenzte, vertrocknete Hautstellen, welche den Eindruck machten, als ob der Versuch gemacht worden sei, dem Kinde Schwefelsäure einzuflössen, wogegen das Kind, sich gewehrt habe und daher die Säure durch das Kind verspritzt worden sei. Aehnliche Flecke fanden sich noch unter dem linken Ohr, an der Brust und am Gefäss, hier teils gelb, teils rotbraun. Das bei der gerichtlichen Section — bei welcher im Munde und Oesophagus keine auffallenden Veränderungen wahrgenommen werden konnten — vorläufig abgegebene Gutachten lautete dahin, dass die genannten pergamentartigen Vertrocknungen der Haut vom Benetzen mit einer ätzenden Flüssigkeit herrühren. Die mit grösster Sorgfalt von Seiten der Chemiker ausgeführte Untersuchung der Hautstücke ergab, dass die Verätzung der Haut mit Schwefelsäure zwar nicht bewiesen, aber sehr wahrscheinlich sei. Der inzwischen verhaftete Vater gab an, dass er an der Leiche eine Menge von „Schwaben“ entdeckt habe, welche er entfernte. Da überdies in der Wohnung nichts von Säure gefunden worden war, so wurde in einem weiteren Gutachten zugegeben, dass jene Hautveränderung wohl auch durch das Benagen der Schwaben entstanden sein könnte, nach welcher Richtung sich auch ein Obergutachten in entschiedener Weise aussprach.

Mittlerweile hat K. noch bei 2 weiteren Kindesleichen dieselben Vertrocknungen der Haut beobachten und zugleich feststellen können, dass dieselben durch die kleine Schwabe, Blatta germanica, bedingt waren.

---

17) **H. Bester.** Ueber Meconium, insbesondere über seine Bedeutung in gerichtsärztlicher Beziehung.

(Inaug.-Dissert., Bonn 1898. — Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 38.)

B. untersuchte 74 Neugeborene und fand im Gegensatz zu v. Hoffmann, der die Meconiumentleerung am 1. Tage, resp. schon in den ersten Stunden post partum vollständig erfolgen lässt, dass dieselbe erst zwischen dem 2. bis 4. Tage abgeschlossen sei, bei Flaschenkindern zuweilen erst am 5.—6. Tage. Sichere Schlüsse in Bezug auf die Lebensdauer lassen sich daher bei Fehlen oder Vorhandensein des Meconiums nicht ziehen. Mikroscopisch fanden sich constant: Epidermiszellen, Cholestearinkrystalle und Lanugohaare, Meconiumkörperchen wurden zuweilen vermisst. Sie kommen constant in grosser Menge im dunkel gefärbten Meconium vor und nehmen an Zahl ab, je mehr die dunkle der hellbraunen Färbung Platz macht; die Cholestearinkrystalle zeigen genau das entgegengesetzte Verhalten. Epithelien waren vereinzelt auch im dunkelgrünen Meconium hepaticum, vorzugsweise aber im braunen Mec. amnioticum zu finden; die beiden Meconiumarten sind nicht streng von einander zu scheiden, sondern gehen allmählig in einander über.

Digitized by Google

glänzenden, weit geöffneten Augen, die starke Erweiterung der Pupillen, die Pulsbeschleunigung und die erheblichen Delirien sprachen. Allein die sehr bestimmte Angabe der Mutter, dass die Erkrankung nach Genuss von Pökelfleisch entstanden sei, zwang, an die Möglichkeit einer Fleischvergiftung zu denken. Die Mutter hatte eine Scheibe dieses Fleisches mitgebracht; dasselbe zeigte in der Mitte eine leicht graue, sonst die natürliche Färbung, sein Geruch war der gewöhnliche, die bacteriologische Untersuchung ergab weder ärobe, noch anärobe Bacterien; an Meerschweinchen verfütterte Stückchen wurden ohne Nachteile vertragen, ebenso die Einspritzung eines wässrigen Extracts in die Bauchhöhle eines Tieres.

Bei Fleischvergiftungen muss man unterscheiden zwischen bacteriellen und toxischen Schädigungen. Erstere entwickeln sich dem Bacterienwachstum entsprechend erst allmählig nach dem Genuss; es ist wohl ziemlich sicher auszuschliessen, dass die nach einigen Stunden bereits einsetzende Erkrankung der Kinder auf etwas derartigem beruhte, auch erwies sich das untersuchte Stück als keimfrei, was seinem hohen Salzgehalt entsprach. Die toxischen Erkrankungen können entstehen infolge unrichtiger Behandlung von Fleisch gesunder Tiere oder infolge Verarbeitung von Fleisch kranker Tiere (Kuhfleisch von Tieren mit Sepsis uterina, Kälberfleisch bei Nabelsepsis etc.). Die erstere Art, welche eine Fäulnis darstellt, bedingt schlechtes Aussehen und üblen Geruch und Geschmack des betreffenden Stückes; dies war hier auszuschliessen (bezüglich des Geschmackes gab die Mutter an, dass das Fleisch stark salzig und deshalb kratzend gewesen sei). Somit hätte es sich nur handeln können um *Intoxikation durch Fleisch septischer Tiere*; *dieses braucht im Geruch, Geschmack und Aussehen nichts Abweichendes aufzuweisen und kann doch sehr giftige Toxine enthalten*, welche selbst durch Kochen nicht immer zerstört werden. Aus derartigem Fleisch ist von *Anrep* ein *Toxin* dargestellt worden, welches er „*Ptomatropin*" nannte wegen seiner *dem Atropin ähnlichen Wirkung*. An ein solches Gift hätte hier wohl gedacht werden können, wenn nicht jede erhebliche Störung des Magendarmkanals gefehlt hätte. Eine solche wurde bisher stets beobachtet, daneben auch Lähmungen der Kehlkopfmuskeln, Oedem, Ecchymosen oder Exantheme. Alle diese Symptome fehlten hier, während die heftigen Delirien wieder dem sonstigen Bilde gar nicht entsprachen; endlich hatten das Fleisch auch andere Personen gekauft, ohne dass von einer Vergiftung etwas bekannt wurde.

Der Verdacht, dass es sich um eine *Atropinvergiftung* gehandelt hat, konnte nicht weiter gestützt werden; im Mageninhalt und Stuhl fand sich nichts von einer atropinhaltigen Drogue, und der frische, erstgewonnene Urin rief im Auge einer Katze keine Pupillenerweiterung hervor. Doch *ist die Möglichkeit, dass die Erkrankungen durch zufällig oder absichtlich in die Nahrung gekommenes Atropin hervorgerufen seien, nicht ganz von der Hand zu weisen.*

Diskussion: *Heubner* betont gleichfalls, dass der Symptomencomplex bei den 3 Kindern etwas Aussergewöhnliches war. Er hat schon öfters Fleischvergiftungen gesehen, aber derartiges nicht. Die 3 Kinder waren vollständig verrückt, boten den Typus eines schweren acuten Deliriums. Wenn bei Fleischvergiftungen Delirien vorkommen, so begleiten sie das Fieber, es sind eben typhus-

Digitized by Google

artige Zustände; aber jenes fieberlose, acute Delirium stimmt nicht zur Fleischvergiftung. Es ist daher wohl ein Zweifel berechtigt, ob die Erkrankungen dem Pökelfleisch zuzuschieben sind. Eine derartige acute Psychose hat H. in Leipzig einmal bei Vergiftung mit Stechapfelsamen gesehen. Die obigen Fälle bleiben bis zu einem gewissen Grade rätselhaft.

---

20) K. Reinecke. Zur Casuistik der Bromoformvergiftungen.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 7.)

Ein 3jähriges Mädchen fing, nachdem ihm der letzte Löffel aus der Arzneiflasche gereicht worden war, bald zu taumeln an und fiel dann besinnungslos hin; Haut ganz kühl, Puls nicht fühlbar, Kopf schlaff herabhängend, — nach Angabe der Mutter.

20 Minuten später nahm R. folgenden Status auf: Ziemlich kräftig entwickeltes Mädchen; völlige Bewusstlosigkeit, Körper liegt regungslos da, keine Reaction auf Anrufen und Hautreize. Gesicht, besonders Lippen, cyanotisch verfärbt. Ohren und Nase kühl. Schmerzempfindung aufgehoben. Extremitäten sehr kühl, ohne jeden Contractionszustand. Augäpfel unter den halbgeschlossenen Lidern in natürlicher Stellung, Pupillen stecknadelkopfgross, ohne Reaction; Cornealreflex fehlt. Mund-, Zungen- und Rachenschleimhaut normal. Respiration sehr oberflächlich und frequent, zuweilen aussetzend; Trachealrasseln. Puls an der Radialis nicht fühlbar; Spritzenstoss nicht palpabel, Herztöne eben hörbar. Patellarreflexe erloschen.

Der exquisite Bromoformgeruch der Exspirationsluft, identisch mit dem der leeren Medizinflasche, sicherte die Diagnose.

Therapie musste sich (da weder Magenpumpe noch Apomorphin etc. da waren) auf Reizmittel und Ueberwachung der Lungen- und Herzthätigkeit beschränken. Der Oberkörper des völlig entkleideten Kindes wurde in feuchte, warme Tücher und dann in Wolldecken eingeschlagen, die Beine in erwärmte Tücher eingehüllt, vor die Fusssohlen Wärmsteine gelegt. Durch künstliche Atmung kamen allmählig schwache selbständige Respirationen zustande, Vorziehen des Unterkiefers genügte, das Zurückfallen der Zunge zu verhüten. Dazu kamen Haut- und Schleimhautreize. Nach Verlauf von 1 Stunde erschien die Herzthätigkeit gehoben, der Radialispuls war wieder fühlbar, aber Pat. war noch total benommen, die Sensibilität noch erloschen. Nach einer weiteren halben Stunde rötete sich das Gesicht, der Puls wurde kräftiger, die Atmung tiefer und regelmässiger. 1 Stunde später wachte das Kind auf und war ziemlich munter. Es erbrach sich aber mehrmals, was sich auch Tags darauf noch wiederholte, im übrigen aber war das Wohlbefinden ein gutes und blieb es auch.

Was nun die Arznei betrifft, die ein Arzt der Pat. verordnet hatte, so lautete das Recept:

Rp. Bromoform. 2,0.
Spirit. 5,0.
Aq. dest. 60,0.
Syr. simpl. 20,0.
D. S. 2stündl. 1 Theelöffel.

R. liess das Recept nochmals machen und fand, dass das durch Spiritus gelöste Bromoform im Ueberschuss von Wasser wieder zum Ausfallen gebracht wurde. Pat. hatte also mit dem letzten Löffel annähernd die ganze Bromoformmenge genossen, d. h. 2 g. Diese hatten also eine dreistündige Narkose bewirkt, was nicht für die Ungefährlichkeit des Mittels spricht. Ferner mahnt der Fall R.'s, das Mittel nicht unzweckmässig zu verordnen, sondern nach Stepp in Tropfenform. Giebt man Spiritus oder Cognac hinzu, so füge man auch etwas Chloroform bei; Gay empfahl jüngst:

Rp. Bromoform. 1,2
Chloroform 0,8
Rum ad 120,0.

Digitized by Google

21) Müller. Ueber Bromoformvergiftung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 38.)

Ein etwa 2jähriger Knabe trank unbeaufsichtigt aus einer Bromoform enthaltenden Flasche, sodass er etwa 6 g des Mittels herunterschluckte. Das geschah am 27. II. Nachmittags 1 Uhr. Gleich nach wenigen Minuten trat ein rauschähnlicher Zustand ein, auf Darreichung von lauem Wasser und Reizung des Schlundes erfolgte Erbrechen. Alsdann verfiel das Kind in tiefen Schlummer, welcher durch einige, über den ganzen Körper ausgedehnte, plötzlich eintretende Krampfanfälle, einhergehend mit Atmungsstillstand und Blassfärbung des Gesichts, unterbrochen war. Der Arzt, der telephonisch berufen wurde, ordnete telephonisch das Trinken einer grossen Quantität Milch an und kam um $^1/_2$4 Uhr. Er fand das Kind leise und kaum vernehmbar atmend, mit geschlossenen Augen und bläulich-blassem Gesicht. Der Puls war fliegend, die Hände kühl, die Pupillen sehr eng und starr, die Muskulatur sehr erschlafft. Beim Herausnehmen des Kindes aus dem Bett trat einer der oben erwähnten Krampfanfälle ein, der den sofortigen Tod befürchten liess. Er wich aber mit Hinterlassung einer länger andauernden Kiefersperre. Mittelst mühsam eingeführter Magensonde wurde ca. 1$^1/_2$ Liter lauwarmes Wasser eingehebert und wieder entfernt. Das ausfliessende Wasser war mit wenig Speiseresten vermengt und roch etwas nach Bromoform. Beim Entfernen der Sonde trat abermals ein Krampf ein, der von Stillstand der Atmung und Herzthätigkeit gefolgt war. Es wurde sofort künstliche Atmung eingeleitet und nahezu $^3/_4$ Stunden fortgesetzt. Sie blieb ohne Erfolg, etwa gegen $^3/_4$5 Uhr war der Tod eingetreten.

Die am 1. III. vorgenommene gerichtliche Section ergab Folgendes: Die Pupillen sind gleich gross und von mittlerer Weite. Im Magen, der lediglich einige Blutaustritte und gerötete Stellen zeigte ohne Verlust des Schleimhautepithels, fanden sich Speisereste mit ganz schwachem Bromoformgeruch. Der Zwölffingerdarm und die obere Hälfte des Dünndarms hatten reichlichen, sehr stark nach Bromoform riechenden Inhalt; die Schleimhaut war rosig injiciert, die Einzeldrüsen und Payer'schen Drüsenhaufen der Schleimhaut deutlich geschwellt. Schon die Aussenseite des oberen Teils des Dünndarms war rosa gefärbt, weiter nach abwärts verlor sich die Rötung des Darmes, der Inhalt war mehr kotähnlich, der Bromoformgeruch verlief sich und die Schleimhaut wird blass. Die Leber ist von gehöriger Grösse, im Allgemeinen an der Oberfläche blaurot gefärbt, auf dem linken Lappen befinden sich unter dem Ueberzug einige Blutaustritte. Der Durchschnitt ist gleichfalls blaurot glänzend, es fliesst sehr reichlich dünnes, dunkles, lackfarbiges Blut ab, die Gewebszeichnung ist verwaschen. Die Nieren sind gross, braunrot mit bläulichem Schimmer, sehr blutreich. Ueberall ist die dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes auffallend. Nur im rechten Herzen befinden sich einige kleine Gerinnsel. Der Herzbeutel ist leer; die linke Herzkammer enthält wenig dunkles, dünnflüssiges Blut; die linke Vorkammer und rechte Kammer sind völlig leer; in der rechten Vorkammer sind wenige, schwarzrote Gerinnsel. Der Kehlkopf ist leer; nur am Kehldeckel ist die Schleimhaut gerötet. Die Luftröhre enthält etwas graurötlichen Schleim. Die Injection der Schleimhaut nimmt nach unten zu und ist am stärksten unter der Teilung der 2 Bronchien. Die Zunge ist blass. Die linke Lunge zeigt am Unterlappen einige senfkorngrosse Blutaustritte unter dem Lungenfell. Die Oberfläche ist dunkelblaurot, der Durchschnitt dunkelkirschrot. Bei Druck entleert sich aus den Bronchien reichlich weisslicher Schaum; der Blutgehalt ist im Oberlappen gering, im Unterlappen etwas reichlicher. Jedoch ist der Blutgehalt immer noch zu gering, um eine nennenswerte Menge Blut zu weiterer Untersuchung auffangen zu können. Die Bronchien enthalten reichlichen Schaum von weisser Farbe, die Schleimhaut ist deutlich injiciert. Die rechte Lunge zeigt im Ganzen die gleichen Verhältnisse, der Unterlappen weist auf der Oberfläche einige bis linsengrosse Blutaustritte auf. Der Oberlappen ist fast blutleer. Die Venen der harten Hirnhaut enthalten sehr reichliches dünnflüssiges, dunkles Blut; die Gefässe der weichen Hirnhaut sind ganz auffallend und in selten so ausgeprägter Weise strotzend mit Blut von derselben Beschaffenheit gefüllt, sie bilden förmliche Wülste. Auch die Gehirnsubstanz zeigt reichliche Blutpunkte und ist stark serös getränkt und feucht. Die chemische Untersuchung der Leichenteile ergab, dass Magen und Darm nebst Inhalt 1,65 g Bromoform enthielten, dass auch in dem Blut und in den Teilen von Herz, Lungen, Leber, Milz, Nieren und Gehirn, Bromoform unzweifelhaft, wenn auch nicht in messbaren Mengen, vor-

Digitized by Google

handen war. Wenn man in Betracht zieht, dass von allen diesen Organen nur kleine Teile mitgenommen und untersucht wurden, so ergiebt sich, dass Bromoform in grosser Menge in den Körper übergegangen war.

M. führt den Sectionsbefund deshalb so genau an, weil er in der Litteratur noch keinen Sectionsbefund bei Bromoformvergiftung gefunden hat. Das Wesentliche war also: Die dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes, die dunkelrote Farbe und die ungemein starke Injection der Gefässe im Gehirn und seinen Häuten; weniger wichtig ist wohl die Reizung der Schleimhaut des Dünndarms, soweit das Bromoform in denselben hinabgekommen war.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

1) Eine **neue Methode der Wohnungsdesinfection** haben die Privatdocenten Dr. A. Schlossmann und Dr. Walther (Dresden) ausgesonnen und mit Hülfe eines ingeniösen Vernebelungsapparates (Firma Lingner, Dresden) zur Ausführung gebracht. Letzterer besteht aus einem Ringkessel, in welchem Wasser zum Sieden gebracht wird; der Wasserdampf steigt alsdann in ein Reservoir, das mit 40proc. Formaldehydlösung angefüllt ist, dem 10% Glycerin zugesetzt sind (wodurch die Polymerisation des Formaldehyds verhindert wird bei Vorhandensein von genügend Wasserdampf). Die Mischung nennen die Autoren „Glykoformal". Es wird nun durch 4 Thysen, die nach verschiedenen Richtungen aus dem Reservoir herausführen, durch den Wasserdampf das Formaldehyd grösstenteils vergast, gleichzeitig aber Wasser und Glycerin mitgerissen. Das Zimmer füllt sich in kurzer Zeit mit einer Mischung von Formaldehyd. Wasserdampf und Glycerin, die gerade im Aggregatzustande der Nebelbildung sich befinden. 10 Minuten später ist ein Zimmer von 60 Cubikmeter Inhalt in dichtesten Nebel gehüllt. Spätestens nach 3 Stunden ist das Verfahren beendet, sind alle im Zimmer befindlichen Keime abgetötet (kleine Näpfchen mit Gartenerde und 3 mm dicker Schicht, beschmutzte Wäschestücke, Pferdemist in 5 mm dicker Schicht absolut steril; auch Objecte unter den Möbeln vollständig desinficiert). Vorzüge dieses Verfahrens vor den bisher bekannten:

1. Absolute Sterilisation.
2. Es ist nicht nötig, Fenster und Thüren zu verkleben, im Gegenteil etwas Luftzug eher förderlich.
3. Gerade um einen Luftzug und eine gewisse Ventilation des Zimmers herbeizuführen, ist der Apparat so construiert, dass ein Durcheinanderwirbeln der ganzen Zimmerluft stattfindet.
4. In maximo dauert das ganze Verfahren 3 Stunden (gegenüber 24 bei Schering oder Trillat).
5. Der Lingner'sche Apparat ist leicht bedienlich, arbeitet mit höchstens 1/2 Atmosphäre Druck, sodass jede Explosionsgefahr ausgeschlossen ist.
6. Das Verfahren ist billig und beschädigt trotzdem (gleich dem Schering-schen und Trillat'schen) die im Zimmer befindlichen Gegenstände in keiner Weise.
7. Die Glykoformalnebel sind schwerer als die Luft. Energisch an die Decke des Zimmers getrieben, sinken sie dann langsam zu Boden, mechanisch alle Keime aus der Luft mitreissend.
8. Die Wirkung des Verfahrens ist einzig begrenzt durch die physikalischen Eigenschaften der Gase; soweit das Gas zu dringen vermag, so weit tötet es alle Keime ab.

Nach Beendigung der Desinfection öffnet man 1/2 Stunde die Fenster, lässt dann aus einer Bombe mit flüssigem Ammoniak eine der Menge des verwendeten Formaldehyds adäquate Menge Ammoniak ins Zimmer und lüftet wieder

Digitized by Google

energisch, wodurch binnen Kurzem jeder Formaldehydgeruch verschwindet.
(Berliner medic. Gesellsch., 9. März 1898. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)

2) **Ueber einen Fall von Menstruatio praecox** war im Jahre 1896 in der Fachpresse folgendes zu lesen: Am 10. X. 95 entband Prof. Dirion eine Dame von einem Mädchen, bei dem sich am 17. ein 4 Tage anhaltender blutiger Ausfluss aus der Scheide eingestellt hatte. Im December kehrte die Blutung nicht wieder; das Kind litt an allen jenen nervösen Symptomen, die bei Erwachsenen gewöhnlich das Ausbleiben der Regel begleiten; es entwickelte sich ein Ekzem über den ganzen Körper, das langsam zurückging. Seitdem hat sich die Blutung mit absoluter Regelmässigkeit eingestellt, das Kind war stets bei guter Gesundheit, die Haut war rein und klar, Brüste und Mons Veneris beträchtlich entwickelt; während der Blutung schwollen die Brüste an und waren etwas druckempfindlich." — Kürzlich machte nun Irion in der Texas'schen Medicin. Gesellschaft weitere Mitteilungen über jenen Fall: Das Kind ist nunmehr 3 Jahre alt. Es zeichnet sich durch vorzügliche Gesundheit, kräftigen Körperbau und geistige Entwickelung aus. Die Brustdrüsen entwickeln sich langsam, aber merklich; die Brustwarzen sind gut entwickelt, Mons Veneris abgerundet und vorspringend, aber ohne Haarwuchs. 2mal sind die Menses ausgeblieben und das Kind äusserte dann dieselben nervösen Erscheinungen, wie erwachsene Frauen in ähnlichen Fällen. Diese beiden Male hatte das Kind am Tage vorher kalt gebadet. Sonst stellten sich die Menses regelmässig ein, sind schmerzlos und dauern gewöhnlich 4 Tage; am 1. Tage ist das Kind häufig reizbar, sonst ist es in jeder Beziehung vollkommen normal.
(Wiener medic. Presse 1898 No. 34.)

3) **Zink. sozojodolic. bei Kehlkopftuberculose** wendet Dr. G. Besold (Heilanstalt Falkenstein) an. Bei flachen Geschwüren nämlich und zur Desinficierung schwerer, unheilbarer Ulcerationen empfiehlt er Pulvereinblasungen (Zink. sozojodolic. 1 : 20—10 Sach.) als nützlich.

4) **Euchinin** hat Dr. Fr. Niedermayr (Pressbaum) besonders bei Pertussis als vollen Ersatz für Chinin schätzen gelernt. Es leistete hier dasselbe, indem es — in Dosen von 0,2 gr 2—4mal täglich in Milch oder Mehlbrei verabreicht — die Heftigkeit und Anzahl der Anfälle günstig beeinflusste. (Wiener medic. Blätter 1898 No. 45.)

5) **Airol bei Wunden aller Art** mit bestem Erfolge angewandt (bei Erwachsenen) hat Regimentsarzt Dr. H. Tausig. Nicht nur bei frischen Verletzungen bewährt sich das Pulver, sondern auch bei Quetschungen und phlegmonösen Processen kam die austrocknende, secretionsbehindernde und granulationsanregende Eigenschaft des Airols voll zur Geltung. Eine zehnprozentige Airolsalbe endlich leistete bei oberflächlichen Wunden, Geschwüren, Brand- und Aetzwunden hervorragende Dienste.
(Wiener medic. Presse 1898, No. 45.)

6) **Somatose in der Kinderpraxis** hat Dr. J. Landau (Krakau) geprüft. Er behandelte damit 37 Kinder von 1 Monat bis 9 Jahren (20 unter 2 Jahren). Das Mittel bewährte sich sehr bei Magendarmkatarrhen (auch bei Rachitis, auf welchen Process selbst aber ein Einfluss nicht ausgeübt wurde), Typhus und sonstigen die Kräfte consumierenden Krankheiten, und es wurden zum Teil recht beträchtliche Gewichtszunahmen erreicht. Das geruch- und geschmacklose Präparat wurde stets gern genommen und gut toleriert; sogar Regelung des Stuhlgangs fand statt. (Die Heilkunde, Sept. 1898).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Februar 1899.** No. 2.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

2) Zur Mitteilung von Dr. Hermann Neumann „Ein anderer schwerer Fall von Diphtherie". *)

(Aus dem Kabinet für Kinderkrankheiten an der Universität Charkow.)

Von

Dr. J. Barannikow.

Als Pendant zu dem Fall von Dr. Glaeser*) bringt auch Dr. Neumann aus seiner Praxis eine Mitteilung über „einen anderen

*) Centralbl. f. Kinderheilk. 1898 No. 6.

[1]) Glaeser: „Ein schwerer Fall von Diphtherie". (Centralbl. f. Kinderhlkde. 1898 No. 3.)

Digitized by Google

schweren Fall von Diphtherie". Die Krankheit soll, nach Angaben des Autors, bei einem Mädchen (unbekannten Alters) ungefähr am Weihnachtsabend begonnen haben und nach einer ganzen Reihe von durchgemachten Paralysen mit Hilfe der Quecksilberpräparatbehandlung, ohne Anwendung der Serotherapie, nach zwei Monaten zur Heilung gekommen sein.

In der Beschreibung des Dr. Neumann entschlüpft ihm unwillkürlich der Ausdruck „ein sehr schwerer Krankheitsverlauf" (S. 199), der Ausdruck charakterisiert doch einen Begriff, den man eigentlich aus der Beschreibung des Dr. Glaeser nicht herauslesen kann. Aber auch Dr. Neumann, scheint die so oft verwechselten, noch öfter identificierten Begriffe „Schwere des Verlaufes" der Infectionskrankheiten und Schwere der Infection resp. Intoxication, je nach dem Virulenzgrade des Infectionserregers, nicht scharf auseinander zu halten.

Es fehlen in der Beschreibung von Dr. Neumann Angaben, ob die Pseudomembranen auf Diphtheriebazillen untersucht worden und die Virulenz derselben geprüft worden ist; zum Schluss seines Artikels aber spricht der Autor die Vermutung aus, dass die Abnahme der Zahl von Tracheotomien bei Diphtheriefällen mit Kehlkopfaffection nicht durch Anwendung des Serums, sondern durch eine milderes Diphtheriegift bedingt wird. — Es erscheint deshalb nicht ganz begreiflich, wozu eigentlich solche Beschreibungen dienen sollen, da man aus denselben keine belehrenden Schlüsse weder für die Ausschliessung des Serums noch auch für die Nützlichkeit der von Dr. Neumann eingeschlagenen Therapie ziehen kann.

Was aber sollen nun die Wiederherstellungsfälle — mit keiner Behandlung — beweisen? Die Möglichkeit einer selbständigen Ausheilung, einen Sieg des kranken Organismus? Dieser Sieg kam aber doch zustande durch Production eines Antitoxins, durch Ausarbeitung einer activen Immunität — und das eben ist ja eine Voraussetzung der serotherapeutischen Doctrin. Solche Fälle führen uns rückwärts zu demselben Schluss, der aufmerksameren und tiefer denkenden Aerzten zum Eckstein für die Schöpfung der Serotherapiehypothese diente, und ihnen den Weg wies, auf dem die Frage einer möglichst schnellen Heilung bis jetzt erfolgreich bearbeitet werden konnte.

Wollen wir das nicht vergessen, uns also nicht wundern über eine Selbstheilung der Diphtherie durch den Organismus. Das war das Los unserer Vorgänger, bei denen wir lernten. Unsere Pflicht ist es, weiter zu kämpfen gegen eine schwere Infectionskrankheit, rationell, mit einem wirklich specifischen Mittel, welches eben eine Errungenschaft unserer Zeit ist.

Nur von einem anderen Standpunkt aus kann man umhin, sich zu wundern, dass es Dr. Neumann nicht an Farben fehlte für das düstere Bild einer „schweren Diphtherie", und er doch Abstand nahm, in einem Fall, den er prognostisch für infaust hielt, von der Serotherapie Anwendung zu machen.

Deswegen sei es mir erlaubt, mich auch über etliche Meinungen des Dr. Neumann auszusprechen. In der Einleitung bringt er die Bemerkung Böttichers vor, „leider ist die Zahl der praktischen Aerzte, die von der Serumtherapie auch heute, nach nun etwa $2^1/_2$ Jahren zurückliegender Einführung desselben nichts wissen wollen,

Digitized by Google

in Stadt und Land noch eine recht grosse". Dr. Neumann selbst glaubt, dass die schon (1895) von Behring aufgeworfene Frage über die Ursachen des „ablehnenden Standpunktes" der Aerzte gegenüber der Serotherapie gelöst werden könnte „durch fortgesetzte genaue Bekanntgabe und Hervorhebung der Schattenseiten des neuen specifisch wirkenden Mittels einerseits, andererseits durch Zusammenstellung aller seit Anwendung des Serums aber ohne dieses behandelten Fälle, und gerade der schwersten, und deren Ergebnis." Dr. Neumann hält die Veröffentlichungen solcher Fälle für wichtig, weil sie die am Serum zweifelnden Aerzte in ihrem abwartenden Stellung bestärken und im allgemeinen Publikum statt der „Lobgesänge zu Ehren des Heilserums" und totaler „Verachtung aller anderen therapeutischen Maassnahmen", eine richtige Anschauung über letztere und jenes erwecken dürfte. Da nun Dr. Neumann sich so nicht entschliessen kann, den Anhängern des Heilserums als des einzigen „specifisch wirkenden Mittels im Kampf mit der Diphtherie" beizutreten, bleibt ihm in Fällen, die er für schwere hält, nichts übrig, als zwischen Furcht und Hoffnung zu schwanken und unter Anwendung „aller anderen therapeutischen Maassnahmen" und Bestärkung in seiner „abwartenden Stellung" zwei Monate hindurch von Tag zu Tag die Entwickelung aller schweren Symptome der Diphtherie zu beobachten.

Die vom Autor wiedergegebene Krankengeschichte giebt, wegen ihrer Kürze, keine Anhaltspunkte für irgendwelche sicheren Schlüsse und kann deshalb zu einer weiteren Erörterung nicht dienen.

Besitzen wir einmal wissenschaftliche, streng epidemiologische Untersuchungen über die Schwankungen der toxischen Kraft des Diphtherie-Giftes im Verlauf von Epidemien resp. Endemien, so müssen wir denselben unbedingt Glauben schenken, wenn sie ein volles factisches Material über allmähliche Abschwächungen des Giftes beibringen. Dr. Neumann aber bringt uns hierüber keine eigenen Untersuchungen, und ich unterlasse die weitere Besprechung der Frage.

Beiläufig kann ich, scheinbar zu Gunsten von Dr. Neumann, von einer Familienendemie, wo 6 Personen innerhalb von 4 Tagen erkrankten und die Mutter an sogen. „Septischer Diphtherie" zu Grunde ging, trotz Anwendung des Serums, mitteilen, dass ich bei einer der Kranken, einem 6jähr. Mädchen, in deren Pseudomembranen Bazillen von gleicher Virulenz wie bei der Mutter nachgewiesen waren, es durchaus nicht nötig fand, die Serotherapie in Anspruch zu nehmen — des leichten klinischen Verlauf wegen. Bei den übrigen aber wurde nur Serum angewandt, und alle 5 genasen bald. Dieser Fall, wie auch andere aus meiner Praxis, und ferner Beobachtungen im Charkower Städtischen Kinderhospital [1]) (der Namen des Fürsten Kropotkin), wohin nicht selten verschleppte, schwere Diphtheriefälle am 7.—8. Tage der Krankheit gelangen und trotzdem, dank der Serumbehandlung in, kurzer Zeit einen günstigeren Verlauf nehmen, als die von Dr. Glaeser und Dr. Neumann beschriebenen, solche Fälle, sage ich, wie auch die Fälle von selbständiger Heilung der Diphtherie, können unmöglich zu den Schlüssen berechtigen: 1. dass man die Diphtherie überhaupt nicht zu behandeln braucht, und 2. dass das antidiphtherische Heil-

[1]) Der Oberarzt — Dr. A. Makuchin.

Digitized by Google

serum durchaus nicht das „einzige specifisch wirksame Mittel“ gegen Diphtherie repräsentiert.

Soweit ich Gelegenheit gehabt, den Verlauf sowohl von leichten als auch sehr schweren Fällen von Diphtherie bei Serumbehandlung zu beobachten und — nach Möglichkeit — mit dem Verlauf bei Anwendung vielfacher anderer Mittel zu vergleichen, sehe ich mich gezwungen, ein durch das Heilserum bedingtes, vollständig originelles Gepräge sowohl der lokalen Processe wie des Allgemeinbildes anzunehmen. Zum Gebrauch des Diphtherieheilserums bin ich nur auf Grund eigener Beobachtungen am Krankenbett gekommen, nicht aber einer Statistik wegen, und mir scheint, dass keine Statistik uns zu einer genaueren Aufklärung über die örtlichen und allgemeinen Processe verhelfen wird, die im Organismus unter dem Einflusse des Serum zustande kommen, — die physiologische Wirkung irgend eines Arzneimittels wird ja nicht durch statistische Tabellen, sondern durch Apparate und Instrumente des experimentellen Laboratoriums bestimmt. Und ich halte es für ganz begreiflich, dass einen Arzt, der bei der Diphtheriebehandlung keinen Unterschied zwischen der Wirkung des Serums oder eines anderen Mittels z. B. des Pilocarpins, Quecksilberpräparate etc.) sieht, keine Statistik überzeugen wird, und sollte sie über Millionenziffern verfügen. —

Noch eine Bemerkung. Ich erlaube mir, Collegen, die, aus Furcht vor den zuweilen gefahrvollen Begleiterscheinungen post usum subcutaneum des Serums, die Anwendung des letzteren vermeiden; die Application per os zu proponieren, und zwar alle 4—8 Stunden (je nach Alter, Krankheitsverlauf, reiner oder gemischter Infection und Prädisposition) 500 - 2000 Immunitätseinheiten pro dosi. Von 1895 bis jetzt bin ich selbst bei enormen Quantitäten des Heilserums (bis 12000 Einheiten in 48 Stunden pro ein Kind) niemals irgend einer „consecutiven“ Erscheinung begegnet bei den 14 Kranken (im Alter von 7 Monaten bis 28 Jahren), welche das Heilserum aus dem Labotorium der Charkow'schen medic. Gesellschaft und and. per os in Lösungen 1 : 4 (zuweilen das reine Serum) mit schwachem Theeaufguss und etwas Zucker erhalten hatten. Die Abfallscurve des hohen Fiebers zeigt dabei keine wesentliche Differenz von derjenigen bei subcutaner Injection des Serums. Eine notwendige Voraussetzung bei derartiger Anwendung des Serums ist die vorhergehende Reinigung des Darmkanals. — Diese Behandlungsweise practiciere ich vornehmlich in denjenigen Fällen, wo — nach der Anamnese oder dem Habitus des Patienten — eine Entwickelung schwerer Folgeerscheinungen post usum subcutaneum wahrscheinlich ist.

Indem ich dabei auf Dr. Neumann's Ansichten zu sprechen komme, muss ich gestehen, dass ich bei der Diphtheriebehandlung weder in Kopf noch Herzen Motive zu einer „abwartenden Stellung“ inbezug auf das Serum gefunden zu haben glaube. Im Gegentheil, ich habe die Anschauung gewonnen, dass die Diphtherie beim Menschen — wie eine Feuersbrunst mit Aufbietung des gesamten Löschmaterials und desto energischer, je weniger feuerfest das Gebäude ist, bekämpft werden muss.

Was nun die Wertschätzung ärztlicher Maassnahmen überhaupt und speciell der serotherapeutischen Behandlung von seiten des Publikums anbelangt, so ist es ja ganz natürlich, dass Mütter und Väter,

Digitized by Google

vor deren Augen das Serum seine mächtige Wirkung an ihrem kranken Kinde entfaltet, in erster Linie die Propaganda besorgen und dem Serum seinen guten Ruf verschafft haben. Unter solchen Umständen ist es Pflicht der Aerzte, eine rationelle Anwendung des Serums auszuarbeiten, d. h. eine Methode zu finden, um in jedem vorliegenden Fall Grad und Reinheit (oder Gemischtheit) der Infection resp. Intoxication zu bestimmen und dementsprechend die Dosierung beim subcutanen oder einem anderen Gebrauch des Serums zu treffen. Einstweilen besitzen wir nur ein Mittel, aber keine Methode für seine Application. Zur Bestimmung des Intoxicationsgrades, wie auch der activen Immunität des diphtheritisch afficierten menschlichen Organismus ist bis jetzt nichts oder fast nichts gethan worden. In der Litteratur werden Versuche beschrieben, welche indirect auf die betreffende Frage Bezug haben, aber eigentlich zu ganz anderen Zwecken unternommen wurden. Deshalb wird auch vorläufig überall die Dosierung des Serums von jedem Arzt nach eigenem Gutdünken gehandhabt. — Die Frage nun, wie das Publicum über ärztliche Massnahmen überhaupt denkt, zu erörtern, scheint uns unnütz: zur richtigen Würdigung medicinischer Maassnahmen gehört vor allem eben eine ärztliche Bildung.

Ich erlaube mir weiter auf etliche andere Eigenschaften des Diphtherieheilserums hinzuweisen. Zuerst die Frage: haben wir zur Zeit ausser dem Heilserum noch irgend ein anderes Mittel, welches allein ohne andere imstande wäre, die Diphtherie sicher und in einer so kurzen Zeit zu heilen? Soviel mir bekannt ist — nein. Ferner: können wir bei Application irgend eines anderen Mittels bei Diphtheriekranken so genau den Gang der Krankheit für jeden nächsten Tag vorherbestimmen? Nein. — Das sind ungeheure Vorzüge des Heilserums, welches die ihm zu Grunde liegende Idee rechtfertigend, damit eben seine Specifität gegen Diphtherie bestätigen: schwerlich kann man anders als durch den Diphtheriebacillus selbst, aus den Producten der Thätigkeit irgend eines anderen Mikroben, ein Serum gewinnen, welches den diphtheritischen Process direct beeinflusst.

Was nun die Häufung von Fällen in der neuesten Litteratur, ähnlich den von Dr. Glaeser und Dr. Neumann mitgeteilten, und die Tendenz, damit etwas in der Lehre über Diphtherie und deren Serotherapie aufzuklären, anbelangt, so ist es, meiner Ansicht nach, augenscheinlich, dass solche Krankheitsgeschichten nichts Positives ergeben, nur pro domo sua Geltung haben können. Vermögen doch die betreffenden Autoren selbst keine irgendwie wissenschaftlich begründeten Schlüsse daraus zu ziehen und stützen sich in in ihren Behauptungen keineswegs auf das vorgebrachte Material. An derartigem litterarischem Ballast besitzen wir schon genug. Uebrigens darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass an und für sich die Organisation der wissenschaftlichen Arbeit selbst zum Teil die Schuld trägt, wenn die Meinungen so verschieden und unsicher sind: jeder arbeitet auf eigene Faust; die Quantität der Mitteilungen häuft sich auf Kosten der Qualität. Wohl nicht vielen dürfte es paradox erscheinen, wenn ich mir erlaube folgende Meinung auszusprechen: das betreffende Material würde unvergleichlich mehr belehrend sein, wenn, z. B. dieselben Diphtheriefälle von einem Hundert gelehrter Specialisten wissenschaftlich untersucht und allseitig verarbeitet würden, als wenn von 20 Gelehrten jeder 100 verschiedene Fälle beschriebe. — Die übliche Art der Ver-

Digitized by Google

arbeitung des casuistischen Materials aber giebt statt vollumgrenzter Begriffe ein bric à brac an Vorstellungen, hat eine Concurrenz zur Folge, statt vereinter wissenschaftlicher Arbeit, raubt letzterer die Autorität und hemmt die Wissenschaft in ihrem harmonischen Entwickelungsgang.

Charkow, Juli 1898.

II. Referate.

22) **A. Baginsky.** Pericarditis im Kindesalter.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 47.)

B. gab in der Berliner medic. Gesellschaft (26. X. 98) aus seinen Erfahrungen heraus einen Ueberblick über diese Affection, deren Häufigkeit und Gefährlichkeit für das Kindesalter meist sehr unterschätzt wird. Pericarditis ist eine recht häufige Krankheit bei Kindern. B. hat bisher im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause 64 Fälle gesehen. Davon waren mit Polyarthritis als zu Grunde liegender Krankheit behaftet 24 Pat., 11 waren tuberculös; 11 hatten Pleuropneumonie, dabei handelte es sich 7 mal um Erysipel und Phlegmone, 6 mal um eitrige Pleuritis, 5 mal um schwere Diarrhoën, 6 mal waren Morbillen die Grundlage und Hand in Hand damit Pneumonie; 3 mal eine autochtone Endocarditis vorhanden; ferner waren Meningitis, Otitis media purulenta und Diphtherie als Grundlage der Krankheit zu erkennen. Zu betonen ist noch, dass es auch eine gewisse Reihe von schweren Erkrankungsformen infectiöser Art geben kann, besonders Scharlach, bei welchen in den Leichen ziemlich reichliche Ansammlungen von Flüssigkeit im Pericard vorkommen, die man aber eigentlich nicht zur Pericarditis als solcher rechnen kann, sondern wo augenscheinlich septische Processe zu derartigen Ausschwitzungen den Anlass gaben.

B. fasst nun vor allem die rheumatischen Erkrankungen ins Auge, die bei Kindern ebenfalls viel häufiger sind, als man wohl denkt. In diesem Jahre kamen z. B. im Krankenhaus 145 Fälle von Polyarthritis rheumatica zur Beobachtung, teilweise mit Chorea, zum Teil ohne solche, also keine so unbeträchtliche Zahl.

Auch bei Kindern kennen wir die seröse, fibrinöse, hämorrhagische, purulente Form der Pericarditis. Von der serösen kamen nur 16 Fälle vor, Kinder von 2¾—13 Jahre betreffend. Sie setzte in der Regel mit ziemlich heftigen und schweren Erscheinungen ein. Ziemlich hohes Fieber (es sind Fälle bekannt, wo es bis 41° stieg, es ist dann im Allgemeinen unregelmässig, wechselnd, heftige Exacerbationen und zeitweilig Remissionen), schwer leidender Gesichtsausdruck, Schmerzen (besonders intensiv, wenn noch Polyarthritis vorliegt), meist lebhafte, oft ausserordentlich beschleunigte Respiration (bisweilen auch heftiger Husten); der Puls kann ganz kräftig sein, ist aber manchmal auch klein, kaum fühlbar, bis 120—150 Schläge und darüber, manchmal arhythmisch, aber auch ganz regelmässig. Die

Digitized by Google

diagnostischen Schwierigkeiten sind oft erhebliche, zumal man ja auch noch sehr verschieden über die Percussion des Herzens bei Kinde urteilt und die Angaben darüber sehr variieren. Dies kommt von der eigentümlichen Beschaffenheit des kindlichen Thorax. Derselbe ist ausserordentlich elastisch, minimale Unterschiede in Bezug auf den Anschlag können erhebliche Differenzen in der Grösse und Lagerung des Herzens und in der Percussionsfigur ausmachen. Wenn man sich nun die Frage vorlegt, wie die Dämpfungsfigur bei der serösen Exsudation grösseren oder mittleren Umfanges bei der Pericarditis der Kinder sich gestaltet, so muss man sich zunächst vergegenwärtigen, welche Figur von Haus aus das Pericard im Kindesalter darbietet und wie eigentlich die Lagerung des Herzens hier ist. Darin stimmen nun alle überein, dass der kindliche Thorax im Ganzen mit mehr horizontal gelegten Rippen ausgestattet ist, dass dadurch das Zwerchfell im Ganzen etwas höher steht und dass auf solche Weise das Herz ein wenig höher liegt, als beim Erwachsenen. Ferner führt zweifellos dieser hohe Stand des Zwerchfells dazu, dass das kindliche Herz mehr horizontal gelagert ist, als beim Erwachsenen. Die Folge ist, dass in der Regel, namentlich bei jüngeren Kindern, der Herzstoss von Haus aus etwas ausserhalb der Mammillarlinie zu liegen kommt. Die horizontale Lage führt weiter dazu, dass das Herz auf dem Zwerchfell mit aufruht, und da bei jüngeren Kindern die Leber etwas grösser ist, als bei Erwachsenen, so liegt von Haus aus das Herz mehr auf der Leber; die Herzdämpfung geht leicht auf die Leberdämpfung über. Das gestaltet nun die Verhältnisse, wenn Flüssigkeitsansammlungen auftreten, bei Kindern etwas anders, als bei Erwachsenen. Es ist immer Wert gelegt worden auf die 3eckige Dämpfungsfigur, welche bekanntlich so ist, dass der eine Schenkel ausserhalb der Sternallinie nach rechts hin fällt, und es ist diese dreieckige Figur immer als die eigentliche pericarditische Dämpfungsform angegeben worden. Man hat sich ferner die Vorstellung gemacht, dass das Herz gleichsam in der pericarditischen Flüssigkeit schwimme, so zwar, dass, wenn reichliche Flüssigkeitsansammlungen vorkommen, es sich in der pericarditischen Flüssigkeit nunmehr bei Aufrichten des Pat. niedersenkt, bei Rechts- und Linkslagerung erhebliche Ortsveränderungen eintreten. Im allgemeinen kann das wohl zutreffen, aber grosse Dislokationen bei verschiedener Lagerung des Kindes treten nicht ein, sondern äusserst minimale, was wahrscheinlich mit der horizontalen Lage des Herzens zusammenhängt, mit der Stütze, die das Herz auf dem Zwerchfell hat. B. hat, um die Verhältnisse einmal klarzulegen, versucht, durch das Experiment oder durch Injectionen in den Herzbeutel die Configuration des Herzbeutels zu demonstrieren. Bei einem injicierten Herzbeutel eines älteren Kindes z. B. sieht man, dass die Flüssigkeit sich ganz besonders nach unten und nach der rechten Seite hin ansammelt, und es lässt sich vielleicht daraus erklären, warum die Dämpfungsgrenzen nach der rechten Seite hin etwas grösser werden. An einem ebenso behandelten kleineren Herzen ist ein Gleiches zu erkennen, und man kann sehen, wie sich die Flüssigkeit etwas nach unten senkt, wie sie aber nach hinten und nach der rechten Seite in etwas dickerer Schicht sich anzusammeln beginnt. Wenn das also die physikalischen Verhältnisse sind, welche bei seröser Pericarditis der Kinder vorkommen,

Digitized by Google

so wird man für die Diagnose das festhalten müssen, dass diese Verbreiterung der Herzdämpfung, dass eine gewisse Verlagerung des Herzens nur ein gewisses Moment für den Beweis des pericarditischen Exsudats ist, dass man aber immer noch nicht imstande ist, mit absoluter Sicherheit auszuschliessen, dass hier gleichzeitig Dilatation des Herzens vorliegt, die mit an der Verbreiterung Schuld haben kann. Das wichtigste Moment für die Diagnostik wird aber immer das Belauschen der Herztöne sein, es wird immer bei dem serösen Exsudat der Nachweis von pericardialen Geräuschen möglich sein, und diese zeigen sich in der Regel an der Umschlagstelle des Pericards an den grossen Gefässen, seltener an der Spitze. Es ist auch auf ein eigentümliches sausendes Geräusch Wert gelegt worden, welches an der Herzspitze von Kindern stattfinden soll, und namentlich hat Rosenbach darauf aufmerksam gemacht, dass man vielfach ein sausendes Geräusoh an der Herzspitze hört, welches er nicht als pericardiales, sondern als endocardiales bezeichnet, und welches vielfach allerdings endocardialen Charakter zu haben scheint. Diese sausenden Geräusche kommen thatsächlich bei der Pericarditis vor, ohne dass Töne sich dabei hören lassen, aber sie sind durchaus nicht so häufig, man kann sich vielmehr vielfach überzeugen, dass bei denjenigen Formen, wo pericardiale Exsudate vorhanden sind, die dann langsam zurück gehen, die sausenden Geräusche doch auf gleichzeitig vorhandene endocardiale Erscheinungen sich zurückbeziehen lassen, dass, wenn auch die Reibegeräusche verschwunden sind, schliesslich die endocardialen Erscheinungen mehr und mehr hervortreten.

Wenn schon die Diagnose der serösen Exsudate oft recht schwierig ist, so ist das noch mehr der Fall bei den eitrigen. Diese sind im allgemeinen ziemlich klein, sodass man sich da mehr an die Begleiterscheinungen zu halten haben wird. Letztere sind auch hier meist recht wesentliche. Die Pericarditis purulenta sah B. bei phlegmonösem Erysipel, schweren Anginen, Caries der Rippen, fibrinöser Pneumonie, Bronchopneumonie, Gastroenteritis, Furunkulose, Halsphlegmone, Empyem. Also schwere Affectionen sind es, die hier vorwalten, und die Allgemeinsymptome beherrschen das Krankheitsbild. Ausserordentliche Abgeschlagenheit, ziemlich langwieriges, pyämisches Fieber mit plötzlichen hohen Steigerungen, allgemeine Cachexie deuten auf etwas Bösartiges hin. Und dabei tritt das Leiden bisweilen schon im jugendlichen Alter ein; so verlor B. ein 10 Tage altes Kind an eitriger Pericarditis, ein Kind im 2. Jahre, 2 Kinder im Alter von 3 Jahren. Bacteriologisch findet man das Bacterium coli, Strepto- und Staphylokokken, vereinzelt den Pyocyaneus.

Die tuberculöse Pericarditis ist eigentlich nicht häufig bei Tuberculose, kommt sie aber vor, so ist sie auch eine sehr bösartige Affection. B. zeigt das Herz von einem Falle, wo neben ausserordentlich ausgedehnter käsiger Pneumonie im oberen Teil der Lungen eine Pericarditis tuberculosa bestand; man findet eine kolossale Verdickung des Pericards, ausgedehnte Anlötungen des Pericards ans Herz, Eitermassen zwischen beiden, endlich reichliche Tuberkeleruption ins Pericard. Im Ganzen sah B. 11 solcher Fälle.

Am wichtigsten bleiben die Formen, die mit Polyarthritis rheumatica zusammenfallen. Diese setzt bei Kindern mit recht frühzeitiger Beteiligung des Herzens ein. Manche be-

Digitized by Google

haupten sogar, dass fast nie ein von Polyarthritis rheumatica befallenes Kind von einer Erkrankung des Herzens frei bleibt. Das kann zwar B. nicht unterschreiben, aber recht häufig ist die Beteiligung des Herzens. Neben ihrem fieberhaften Zustande, neben ihren Schmerzen zeigen die Kinder frühzeitig Verbreiterung der Herzdämpfung, es treten unregelmässige und gespaltene dumpfe Töne und Geräusche endocardialer Natur auf, die kommen und gehen, manchmal mit gespaltenen Herztönen, manchmal auch ohne diese, dann gesellen sich hinzu pericarditische Symptome, schabende Geräusche am Herzen, und so kann der Ansturm eine Zeit lang bestehen und auch langsam wieder abklingen. Aber in einer Anzahl von Fällen nimmt das Herz seine normale Grösse nicht wieder an, es bleibt eine Verbreiterung zurück, die ab- und zunehmen kann, sodass es sich zweifellos um Flüssigkeit handelt oder thatsächlich schon eine Dilatation besteht. In der Regel ist die Entscheidung schwer, weil gerade hier die fibrinösen Formen mit frühzeitigen Anlötungen vorherrschen. Wenn nun vielleicht nach $^1/_2$—1 Jahr eine 2. Attaque des Rheumatismus folgt, so wiederholt sich dasselbe Spiel. Das Kind kann der 2. Attaque erliegen unter den Erscheinungen schwerster Dyspnoë, einer colossalen Verbreiterung der Herzdämpfung und gleichzeitig allen Stauungserscheinungen; es kann zu Schwellung der Leber, zu Hydrops, Ausweitungen der Venen am Halse, Venenpuls kommen, und die Section zeigt dann interessante Momente. B. demonstriert das Herz eines 13jährigen Kindes mit completer Verwachsung desselben mit dem Herzbeutel und kolossalen Dimensionen des Organs. Andere demonstrierte Herzen weisen ganz gleiche Verhältnisse auf. Es ist ein ganz typischer Verlauf der Herzerkrankung, und zwar ein recht maligner, das Herz wird vollkommen functionsunfähig. Wenn ein Kind in jugendlichem Alter an Polyarthritis rheumatica erkrankt und bald ein Recidiv eintritt, so ist von einer dauernden Heilung kaum noch die Rede. B. fand, dass die Pat. fast immer zur Pubertätszeit zu Grunde gehen. Es ist eine der bösartigsten Krankheiten. Salicylsäure lässt entschieden hier im Stich, diesen Formen der Peri- und Endocarditis gegenüber sind alle Mittel wirkungslos. Hingegen können wir in der Zeit, wo die Pericarditis zur Entwickelung kommt und wo endocarditische Erscheinungen sich hinzugesellen, Stauungssymptome sich einfinden, durch eine Combination von Digitalis und Diuretin (letzteres zu 4—5 g täglich) ganz erstaunlich einwirken; die Pat. bekommen, sobald die Diurese in Gang kommt, für Tage, selbst Wochen wesentliche Erleichterung.

---

23) **A. Delcourt.** Der chronische Gelenkrheumatismus im Kindesalter.

(Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Juli 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

Der chronische, deformierende Gelenkrheumatismus ist im Kindesalter selten, D. konnte in der gesamten Litteratur nur 38 Fälle finden.

D. beschreibt einen Fall bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen. Die Affection begann schleichend mit vagen Schmerzen in Muskeln

Digitized by Google

und Gelenken, dann wurden die kleinen Gelenke (Hände und Füsse) Sitz einer Schwellung, und allmählig auch die grösseren. Nach 6 Monaten Unmöglichkeit zu gehen, nach 2 Jahren progressiven Forschreitens des Leidens Tod infolge einer acuten Osteomyelitis. Die Section ergab ferner. dass die Gelenke die Form des von Jaccoud sogen. fibrösen Rheumatismus, welche Form bei Kindern überhaupt vorherrscht, zeigten.

Mit Strümpell will D. auch hier 2 Stadien unterscheiden: 1. Chronische Arthritis mit Beschränkung auf die Synovialkapsel und das periarticuläre Gewebe, welcher Process unmerklich übergeht in das 2. Stadium, die Arthritis deformans, indem Knorpel und Knochenenden an der Erkrankung teilnehmen. Heredität spielt nach vielen übereinstimmenden Beobachtungen eine grosse prädisponierende Rolle bei dieser Affection, deren allererste Ursache in einer allgemeinen Ernährungsstörung liegen soll. Im Gegensatz zu anderen Autoren, welche Coincidenz von Scrophulotuberculose und Gelenkrheumatismus für häufig halten, hebt D. das gemeinsame Vorkommen als Seltenheit hervor.

Als Complikation traten im obigen Falle, wie meistens, chronische Pleuritis und Pericarditis hinzu. Die Therapie hat im allgemeinen bei dem fortschreitenden Charakter des Leidens wenig Erfolg; möglichst günstige hygienische Verhältnisse sind zu schaffen, innerlich Natr. salicyl., Arsenik, Jodtinctur, äusserlich Bäder, Elektricität und Massage zu versuchen.

---

24) D. J. Wolfstein. Infantile myxoedema.

American Journ. of the med. sciences, März 1898. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 34.)

Ein Kind von 4½ Jahren kam als ausgesprochener Kretin in W.'s Behandlung. Dieselbe bestand in Darreichung von Thyreoidin-Tabletten. Bei einer anfänglichen Dosis von 3 Stück derselben pro die waren geradezu alarmierende Veränderungen zu verzeichnen: das Gewicht fiel von 19½ auf 13½ Pfund innerhalb von 2 Wochen, die fest infiltrierte Haut verlor zusehends ihre Consistenz, das Oedem wurde buchstäblich eingeschmolzen, seit Jahren bedeckte sich der Körper zum 1. Mal mit Schweiss. Die Dosis wurde vermindert und damit ein glänzender Erfolg erzielt, wie folgende Daten zeigen:

Alter:	4½ Jahr	5¼ Jahr	5¾ Jahr
Körpergewicht:	19½ Pfund	26½ Pfund	34½ Pfund
Körperlänge:	27½ Zoll	30½ Zoll	34½ Zoll
Rote Blutkörperchen:	2 000 000	2 800 000	3 100 000
Hämoglobin:	55%	70%	80%

Hand in Hand mit der körperlichen Entwickelung ging auch die geistige.

Digitized by Google

25) 'A. Russow. Ein Fall von Myxödem bei einem Mädchen von $2^1/_2$ Jahren.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1898 No. 35. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1898 No. 9.)

Das Kind bot die typischen Erscheinungen des Myxödems, verbunden mit Kretinismus. Nachdem es im Verlauf von 127 Tagen mit frischer Hammelschilddrüse (à 0,1 zweimal täglich) behandelt worden war, veränderte es sich körperlich und geistig: nicht nur Haut, Körpertemperatur, Blutcirculation, Scelet kamen zur Norm (in 6 Monaten brachen 15 Zähne durch), sondern die Pat. erkannte auch ihre Umgebung und wurde geistig bedeutend reger. Nach 8 Monaten starb das Kind an Masernpneumonie; die Section ergab eine minimale Schilddrüse von normaler Structur (wenigstens makroscopisch).

---

26) H. Dezirot. Etude sur la Maladie d'Addison chez l'enfant.

(Thèse de Paris 1898. — Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 33.)

Noch häufiger als beim Erwachsenen findet sich bei Kindern als Ursache des Morbus Addisonii eine Tuberculose der Nebennieren, nur in einem bisher publicierten Falle fand sich ein Carcinom dieses Organs. Der Morbus Addisonii findet sich in jedem Lebensalter, sogar beim Neugeborenen, je mehr sich jedoch das Individuum der Pubertät nähert, um so häufiger tritt er auf. Neben der allgemeinen Entkräftung und der Hautpigmentation dominieren die gastro-intestinalen Symptome, besonders Erbrechen, und die Krämpfe. Incontinentia urinae ist selten beobachtet. Nach der Mehrzahl der Autoren zeigen Conjunctiva und Nägel keine Pigmentation; D. konnte jedoch solche an den Nägeln 3 mal nachweisen. Die Dauer des Leidens ist bei Kindern verhältnismässig kurz, da der Tod meist schnell und plötzlich eintritt. Anatomisch findet sich neben der Nebennierentuberculose oft eine Hypertrophie der mesenterialen Drüsen und Schwellung der Solitärfollikel und Peyer'schen Plaques. Abgesehen von den Arsenpigmentationen ist die Melanodermie der Wangen und der Schleimhaut für Morbus Addisonii pathognomisch. Die Cachexie, die gastro-intestinalen Krisen und die Melanodermie bei Peritonealtuberculose können in einzelnen Fällen die Diagnose sehr erschweren.

Leider hat die Organotherapie bislang noch nicht die wünschenswerten Resultate geliefert, doch müssen die geringen dabei beobachteten Besserungen Mangels jeglicher anderen Therapie immer und immer wieder zu neuen Versuchen anspornen.

---

27) v. Friedländer. Abnorme Epithelbildung im kindlichen Uterus.

(Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. 38 Heft 1.)

Ein 5 jähriges Kind war an langdauernder Nephritis post scarlatinam zu Grunde gegangen. Der Uterus war normal gross,

Digitized by Google

von aussen, sowie auch von innen war makroscopisch nichts Besonderes zu entdecken. Bei der mikroscopischen Untersuchung aber fand sich auf der Hinterfläche des Endometrium corporis eine sich über die linke Uteruskante nach der Vorderfläche erstreckende Insel geschichteten Plattenepithels, die sich in einer scharf gezähnten Linie gegen das Cylinderepithel der Umgebung absetzte. Diese Epithelinsel sandte keine Zapfen in die Tiefe, die Uterindrüsen waren in der Ausdehnung der Insel verschwunden, erst in dem Randbezirk waren cystisch erweiterte Drüsenschläuche sichtbar, deren Ausführungsgänge durch das gewucherte Plattenepithel verschlossen waren.

Wiederholt ist eine Regeneration der Uterusschleimhaut nach dem Curettement durch wucherndes Plattenepithel beschrieben worden. In ähnlicher Weise erklärt F. im obigen Falle die Entstehung jener isolierten Insel von Plattenepithel in dem sonst normalen Corpus uteri. Als Folge der Infectionskrankheit war es zu Hämorrhagien ins Endometrium gekommen, wodurch die Schleimhaut zerstört worden war; dieser Defect nun war in der Weise zur Abheilung gelangt, dass sich geschichtetes Plattenepithel daselbst etablierte.

---

28) J. Friedjung. Ein Eall von Phthisis renum.

(Aus Prof. Monti's Kinder-Spitalsabteilung in Wien.)

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 25 Heft 5/5 1898.)

Die Affection ist im Kindesalter selten, wird aber sicherlich häufig auch nicht erkannt. Letzteres war auch hier der Fall: Pat. wurde mit der Diagnose Nephritis chronica nach jahrelangem Krankenlager dem Spital überwiesen, trotzdem eine Spondylitis daran mahnen musste, auch nach einer anderen Richtung zu forschen; bemerkenswert war dabei, dass die Anamnese einem solchen Irrtum Vorschub leistete.

7jähriges Mädchen, aufgenommen am 23. IX.

Anamnese: Pat. soll bis vor 2 Jahren gesund gewesen sein, damals acquirierte es einen Scharlach, in dessen Verlauf eine Nephritis eintrat. Seitdem ist das Kind leidend. Vor etwa 1½ Jahren entstand eine anguläre Kyphose im oberen Brustsegment. Seit 2 Monaten heftige Schmerzen im Abdomen, Kopfschmerzen, Fieber, heftiger Durst, Appetitlosigkeit, hin und wieder Erbrechen; Stuhl regelmässig, Urin angeblich kaum vermindert.

Status praesens: Temp. 37,1°, Puls regelmässig (108), Arterie schlecht gefüllt, Spannung gering, Respiration regelmässig, costo-abdominal. Sehr herabgekommenes, schlecht entwickeltes Kind, 11 kg wiegend. Ruhige Seitenlage; Gesichtsausdruck leidend, matt, Augen müde, halb geöffnet. Haut schmutzigbraun bis -grau, Linea fusca, sehr fettarm, trocken. Muskulatur elend, Knochenbau gracil, Augen tief, haloniert. Zunge weiss belegt. Drüsen am Halse und in inguine etwas vergrössert, hart. Epigastrischer Winkel etwa 90°. Lunge normal. Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne leise, rein. Abdomen weich, etwas eingesunken. Milz überragt den Rippenbogen um etwa 3 cm, plump, hart. Leber gleichfalls 3 cm über den Rippenbogen reichend, plump, ziemlich resistent. Bei tiefer Palpation im Hypogastrium bohnengrosse, harte Resistenzen. Schmerzfrei. Gibbus der oberen Brustwirbelsäule. Stuhl angehalten. Urin klar, 24stündige Menge normal, Reaction sauer, viel Albumen, Sediment (reichliche Lymphkörperchen, etwas spärlicher rote Blutzellen), Tuberkelbazillen negativ.

27. IX. Temp. 36,6°, Respiration 56, oberflächlich. Sehr verfallen. Rechts hinten oben gedämpft-tympanitischer Schall, über beiden Scapulis bronchiales

Digitized by Google

Atmen. Nahrungsaufnahme sehr gering. Unter Zunahme der Cyanose und Dyspnoë gegen Abend Exitus.

Obduction: Phthisis renum, Tuberculose des obersten Teiles der Ureteren. Spondylitis tuberculosa. Schwellung der Bronchial- und Mesenteriallymphdrüsen. Beiderseitige Lobulärpneumonie. Fettleber.

Die erste klinische Diagnose hatte gelautet: Spondylitis tuberculosa, Tabes meseraica, Amyloidose der Nieren, Milz, Leber (? vielleicht Fettleber). Gegen die Annahme einer chronischen Nephritis sprach sowohl der Herz-, als auch der Harnbefund. Der constante Nachweis reichlicher Eiterkörperchen und intacter Erythrocyten im Harne erschütterte jedoch auch die Annahme blosser Amyloidose, und da für eine Calculose jeder sonstige Anhaltspunkt fehlte, dagegen Caries der Wirbelsäule vorlag, musste man die Diagnose auf Tuberculose stellen, freilich nicht als sichere, wegen Fehlens von Bazillen im Harn (der allerdings wegen des raschen Exitus nicht wiederholt untersucht werden konnte); daneben blieb der Verdacht von Amyloiddegeneration bestehen angesichts des harten Milztumors, und da ja ein ätiologisches Moment nicht fehlte.

Interessant war, dass eine Scarlatina mit Nephritis vorausging. Der behandelnde Arzt gab sich mit Rücksicht darauf angesichts der Albuminurie mit der Diagnose Nephritis chronica zufrieden (sollte dieser Irrtum nicht öfters vorkommen?). Jedenfalls hatte die Nephritis scarlatinosa den Boden für die Koch-schen Bazillen vorbereitet und einen Locus minoris resistentiae geschaffen.

---

29) **G. Avellis.** Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlen-Empyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 45.)

3 Autoren, Power, Moure und Greidenberg haben je einen Fall von Kieferhöhlenempyem beim Säugling publiciert. Die hauptsächlichsten Symptome des als äusserste Rarität hingestellten Krankheitsbildes waren: Fistelbildung unter dem unteren Augenlide, Anschwellung des Palatums und der Oberkieferwand, beständige Eiterung aus Fistel und Nase, Sequesterbildung und Constatierung von rauhem, entblösstem Knochen, endlich Exophthalmus.

A. zieht nun für alle 3 Fälle die Diagnose in Zweifel und bestreitet entschieden, dass es Kieferhöhlenempyem war, was jene Autoren sahen. Im typischen Empyem handelt es sich um eine eitrige Erkrankung der Auskleidung der Kieferhöhle. Die oben genannten Krankheitserscheinungen sind aber grade solche, welche dem wirklichen Empyem nicht eigen sind, abgesehen allein von der Eiterung aus einer Nasenseite, die aber noch nicht berechtigt, ein Empyem der Kieferhöhle anzunehmen. Wie steht es ferner überhaupt mit der Kieferhöhle z. B. eines 3wöchentlichen Kindes? Die Oberkieferhöhle ist erst im 4. Monat $^1/_2$ mm tief, vorher existiert sie überhaupt nur theoretisch; also ein Empyem der Kieferhöhle beim Säugling ist schon entwickelungsgeschichtlich kaum denkbar. Was jene Autoren sahen, war nach A.'s Meinung nichts Anderes, als Tuberculose des Mark-

Digitized by Google

gewebes im Nasal- und Gaumenfortsatz des Oberkiefers, kurz: Caries! Da letztere im Infraorbitalfortsatz beginnt, kam natürlich stets die Fistel unter dem unteren Augenlid zum Vorschein; die Verdickung des Gaumenfortsatzes kommt von der Caries in dessen Mark, die Sequesterbildung, die Entblössung des Knochens, die chronische Eiterung, die Granulationsbildung, die periostitische Auftreibung des Knochens, die langsame Ausheilung unter Ausstossung von toten Knochenstücken — alles spricht für Knochentuberculose.

A. verfügt auch über einen eigenen Fall, der ebenfalls vorher ärztlich als „Empyem" bezeichnet worden war:

Bei einem 6 Wochen alten Knaben zeigte sich ein Abscess unter dem linken Augenlid. Derselbe spitzte sich zu, es entleerten sich aus der reichlich eiternden Fistel kleine Knochenstücke, während die Backe anschwoll. Zugleich eitriger und übelriechender Ausfluss aus der linken Nase. In einem Spital, wo Pat. Aufnahme fand, wurde unter der Diagnose „Kieferhöhlenempyem" der Oberkiefer nach einer Zurückpräparierung eines Langenbeckschen Hautlappens mit scharfem Löffel ausgekratzt. Es wurden Granulationen, Knochenstückchen, 1 cariöser Zahn entfernt. Die Wunde heilte per primam, die Fistel unter dem Auge schloss sich mit tiefer Einziehung und consecutiver Ectropionbildung, aber die Nase eiterte beständig weiter. Reguläre Ausspülungen. Nachdem dieser Zustand längere Zeit bestand — das Kind war inzwischen 1 1/4 Jahr alt geworden — wurde A. consultiert.

Es zeigte sich die vordere Wand des Oberkiefers nur noch wenig aufgetrieben, dagegen die harte Gaumenplatte linkerseits beträchtlich in den Mund hinein aufgeschwollen. Bei der Palpation keine weiche Stelle fühlbar. In der linken Nase viel Eiter. Die in die Nase eingeführte Sonde ergab am Nasenboden, also der dorsalen Partie des Gaumenfortsatzes des Oberkiefers, stark rauhe, spitzige und entblösste Knochenpartien. Thränenbeine frei, ebenso Thränenkanal. — Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung erwies spärliche, aber deutliche Tuberkelbazillen im Eiter.

A. betont, dass auch die acute Osteomyelitis des Oberkiefers bisweilen Anlass giebt zur Verwechselungen mit Kieferhöhlenempyem.

---

30) **E. Baumgarten.** Knöcherner Verschluss der Choane.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1898 No. 9.)

Die Anzahl der mitgeteilten Fälle von Choanenverschlüssen ist noch immer eine so geringe, dass jeder Fall in Evidenz gehalten wird. B. unterscheidet zwischen echten und falschen Choanenverschlüssen und bezeichnet als „echte" nur diejenigen totalen oder partiellen, knöchernen, membranösen oder gemischten, die in der Ebene der Choanen liegen und nur diese verschliessen, während andere „falsche" sind. Die letzteren scheinen selten angeboren zu sein, sie sind meist erworben, Residuen verschiedener Processe, weshalb sie auch membranöser Natur sind. Die echten sind meist knöchern und können ganz aus Knochenmasse bestehen oder nur teilweise, sie sind fast immer angeboren.

Ein in letzter Zeit beobachteter Fall von einseitigem, echtem, totalem Verschluss der Choane ist ganz von der Regel abweichend, da ausser der Fähigkeit, Luft durch diese Nasenseite zu blasen, absolut keine Nebensymptome vorhanden waren.

18 jähriger Jurist hat, seitdem er sich erinnern kann, keine Luft durch die linke Nase bekommen. Er ist sonst immer gesund gewesen, die Zähne sind normal, das Gaumendach ideal geformt, die Sprache vollkommen rein, das Atmen geräuschlos, Gesichtsausdruck regelmässig. Rechte Nasenhöhle frei, links im Hinter-

Digitized by Google

grunde etwas Schleim, sonst normal. Als B. mit einer mit Watte armierten Sonde den Schleim abtupfen will, spürt er diese Nasenseite durch einen harten Hintergrund versperrt. Die Sondenuntersuchung ergiebt überall harten knöchernen Widerstand und ist die dünne Sonde nirgends durchzuführen, der Verschluss ist von vorn schlecht sichtbar. Bei der Rhinoscopia posterior sieht man die linke Choane frei, keine Asymmetrie des hinteren Septums, die rechte Choane von einem mit dünner, durchsichtiger, normaler Schleimhaut bedeckten, gelblich durchscheinenden Gebilde ausgefüllt. In der Höhe der Tubenöffnung, beinahe in der Mitte der Choane, eine grossstecknadelkopfgrosse dunklere conische Vertiefung, die mit der Nasenrachensonde leicht berührt werden kann und dem Gefühle nach knochenhart und nicht durchgängig ist. Beim Ausspritzen dringt auch kein Wasser durch diese Oeffnung.

Dieser Verschluss war zweifellos angeboren; möglich dass die Vertiefung in den ersten Lebensjahren offen war und später obliterierte.

Die Operation gelang leicht. B. bohrte mit einem längeren Hartmann'schen Bohrer ohne jede Kraftanstrengung erst eine Oeffnung, schlug dann im Umkreise erst dem Septum entlang, dann am Boden und endlich nach aussen und oben mittelst eines längeren Hohlmeissels mit wenigen Hammerschlägen den Knochen durch, einzelne an der Schleimhaut noch haftende Teile nachträglich mit einer langarmigen Löffelzange herausziehend, was Pat. ohne Narkose bei geringer Blutung sehr gut aushielt, und tamponierte dann. Am anderen Tage sah man schon bei der hinteren Spiegeluntersuchung fast die ganze Choane frei, nur nach aussen oben war eine kleine Brücke geblieben, die B. nachträglich abbrach. B. wundert sich, dass manche diese Operation mit dem Galvanokauter machen, was trotz Cocain schmerzhaft ist und länger dauert, während man bei Bohrer und Meissel sogar ohne Cocain rasch zum Ziel kommt und nachher keine nennenswerthe Reaction hat, die dem galvanokaustischen Eingriff regelmässig nachfolgt. —

Ganz im Gegensatz zu diesem Fall steht ein anderer, früher beobachteter, bei welchem beiderseitiger, echter, knöcherner, partieller Verschluss vorhanden war.

14jähriger Knabe, zugeführt wegen Schwerhörigkeit und näselnder Sprache. Blasser, magerer Knabe, mattes, trockenes Auge, Nasolabialfalten ganz verstrichen, Mund offen, Zähne unregelmässig gestellt, sehr hoher harter Gaumen. Sprache näselnd. Gehör geschwächt, Aprosexie — kurz: klassischer adenoider Habitus. Bei der Rhinoscopia posterior aber keine Spur von adenoiden Vegetationen zu entdecken, der im Verhältnisse sehr grosse Nasenrachenraum zeigt dagegen folgenden seltenen Befund: Die beiden oberen Hälften der regelmässig gleich grossen Choanen durch ein knochenhartes Gewebe ausgefüllt, dabei selbst die oberen Anteile der mittleren Muschel in ihren Contouren zu erkennen. Es hat den Anschein, als ob die mittlere Muschel mit dem Aussenrande der Choane durch eine knöcherne Synechie verbunden wäre. Vorn gesehen fand B. Rhinitis chronica hypertrophica, nach Cocainisierung konnte man auch durchblicken, man sah auch den halbmondförmigen unteren Rand des Verschlusses und konnte sich von dessen Knochenhärte mit der Sonde überzeugen.

Weshalb in einem Falle keine, im anderen auffallende Nebensymptome bei solchen partiellen oder einseitigen Verschlüssen sind, hängt davon ab, ob die Schleimhaut der freien Teile oder Seite sich für die Dauer so gut contrahieren kann, dass die Nasenatmung erhalten bleibt.

Digitized by Google

31) **H. Munker.** Ein seltener Fall von Teratoma colli.

(Ungar. medic. Presse 1898 No. 44.)

Pat. war ein 2½ Monate altes Kind, dem der schnell wachsende Tumor das Schlingen sehr erschwerte, sodass zur Operation geschritten werden musste. 3 Tage später erfolgte der Tod.

Der aus 3 Höckern bestehende, weiche, fluctuierende Tumor sass rechterseits am Halse, und waren an ihm vorn-unten einzelne harte Stellen zu palpieren; die Haut über ihm war gespannt, von grösseren Venen und feineren arteriellen Gefässen durchzogen. Er reichte hinauf aufs Gesicht bis zum rechten Arcus zygomaticus, erstreckte sich ferner zur vorderen Grenze des linken Sternocleidomastoideus, hinunter bis zur 3. Rippe, und reichte bis zum Proc. mastoid., wo 2 bohnengrosse Drüsen auf ihm sassen. Die Haut des Oberläppchens setzte sich in die die Geschwulst bedeckende Haut fort. Stimme etwas rauh, Atmung frei.

Die Schnittfläche des exstirpierten Tumors ergab ein eigentümliches Bild: Man sieht verschieden grosse, verschiedenformige Höhlen, unregelmässig durcheinander, teils nebeneinander, teils gruppenförmig in der Grundsubstanz eingebettet. Die Cysten sind citronen- bis stecknadelkopfgross, sie sind bald rund, bald schlitzförmig, an anderen sind Divertikel zu sehen etc., die grössten Cysten sind am dünnwandigsten, während die kleinen meist dickwandig sind. Die Innenwand letzterer ist glatt, die der grösseren höckrig, die Höcker in die Cystenhöhle hineinreichend; an anderen sieht man Reste von Häuten, die teils im Cysteninhalt schwimmen, teils mit dem einen Ende an der Cystenwand haften, während das andere Ende frei im Cysteninhalt schwimmt. Den Inhalt der Cyste bildet teils eine wasserklare, teils gelbliche Flüssigkeit, den der kleineren eine colloide Masse, bald wieder eine braune, trübe, griesartige, bald eine dichte, speckartige Substanz. Die Grundsubstanz, die mit wenigen kleinen Höhlen übersät, ist, ist von derber Consistenz, von grauer Farbe, schickt gegen die Peripherie ein Balkenwerk, welches an der Cystenbildung teilnimmt, und das aus dicht aufeinander geschichteten Lamellen besteht; gegen die Peripherie werden diese immer dünner, verteilen sich mehr und mehr, stets neue Höhlen formierend.

Die histologische Untersuchung ergab: Embryonales Gewebe, embryonale Gehirnsubstanz, Fett, Knorpel, stellenweise quergestellte Muskelfasern, Höhlen, welche sich wie Cysten verhielten, wieder andere, die an Drüsengewebe erinnerten. Der Uebergang von dem einen Gewebe zum anderen geschah einmal langsam, sodass z. B. verfolgt werden konnte, wie ein Knorpel enthaltendes Gewebe sich aus dem embryonalen Bindegewebe entwickelte, ein andermal lag ein Gewebe neben dem anderen ohne Uebergang.

Jedenfalls zeigte also der ganze Befund. dass Teratom vorlag. Es war fast jedes im Organismus vorkommende Gewebe vertreten, und ist daher die Auffassung berechtigt, dass man es mit einem Organismus-Rudiment zu thun hatte (selbst die Rudimente eines Auges fanden sich!).

Die Lokalisation des Teratoms am Halse ist eine ungewöhnliche. Von der Bösartigkeit des Tumors konnte sich M. weder makro-

Digitized by Google

noch mikroscopisch überzeugen. Jedenfalls muss man künftig bei Geschwülsten am Halse von Kindern nicht allein an Struma cystica und Hygroma colli, sondern auch an Teratom denken.

---

32) **J. Baylac** et **L. Lagriffe.** Studie über einen Fall von Spina bifida.

(Annales de méd. et chirurg. infantiles 1898 No. 14. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No 49.)

Der mit Paraplegie und Anästhesie der Unterextremitäten verbundene Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, gehört also insofern zu den Seltenheiten, als das Kind trotz der schweren Störungen sein angeborenes Leiden so lange überstehen konnte, während der Tod meistens schon, nach einer Londoner Statistik von 649 Fällen mit letalem Ausgang bei Spina bifida bei 612 im 1. Lebenjahre eintritt. Die häufigste Complikation, Meningitis, ist in diesem Falle nicht mehr zu fürchten, dagegen können bei der Anästhesie der Unterextremitäten leicht Brandwunden und schwere Verletzungen vorkommen. Die Behandlung kann allein in der Prophylaxe, d. h. Verhütung solcher Zufälle, bei dem geistig gut entwickelten Kinde bestehen.

Die Pathogenese dieser angeborenen Deformation lässt auch in diesem Falle nur Hypothesen (Aufregungszustand der Mutter im 8. Monat der Schwangerschaft, falsche Lage des Fötus in der Gebärmutter u. s. w.) zu.

---

33) **Bourneville** et **Mettetal.** Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalitique.

(Progrès méd. 1897 No. 8. — Centralblatt für innere Medicin 1898 No. 40.)

Ein Mädchen, welches von beiden Eltern her schwer durch nervöse und cerebrale Antecedentien belastet war, kam mit 12 Jahren zuerst zur Beobachtung des Arztes. Schwangerschaft und Geburt der Mutter scheint mit Ausnahme des Vorhandenseins von ganz enorm viel Fruchtwasser normal verlaufen zu sein, ebenso wie die erste Entwickelung. Im Alter von 11 Monaten traten das erste Mal Krämpfe auf, welche 29 Stunden dauerten. Schon nach 2 Tagen wiederholten sich die Krämpfe, diesmal 48 Stunden lang. Darauf folgte ein 15tägiges Krankenlager mit Zähneknirschen, Fieber und Delirien. Während vor dieser 2. Attaque die geistige Kraft des Kindes — abgesehen davon, dass es mit dem Sprechen vielleicht etwas zurück war — auf gleicher Höhe mit derjenigen gleichaltriger Kinder stand, blieb nach dem Anfall eine merkliche Abschwächung der Intelligenz zurück. Trotzdem machte es in der Schule später Fortschritte. Aber mit 11 Jahren bekam es während eines Spiels wieder Krämpfe und consecutiv transitorische rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie. Bei einem späteren Anfall traten heftige, alle 3 oder 4 Stunden wiederkehrende Kopfschmerzen auf. Infolge dieser Anfälle hatten sich allmählich die intellectuellen und moralischen Eigenschaften des Kindes stark verändert: es wurde apathisch gegen vieles, verlor Gedächtnis und Fähigkeit zu logischem Raisonnement. wurde unaufmerksam und litt an einer unbezwinglichen Schlafsucht. Einerseits deprimiert, andererseits wieder heftig, vertrug es sich nicht mehr mit anderen Kindern, wurde unfolgsam und störrisch, biss und schlug nach jedermann, zeigte Pyromanie und stahl im Stil der Kleptomanischen. Vasomotorische Störungen wurden nicht selten beobachtet. Nachdem 7 Monate lang Ruhe geherrscht und scheinbare Besserung eingetreten, sank dann wieder und ununterbrochen die Intelligenz. Das Kind wurde unreinlich, magerte sehr stark ab bis zur Ausbildung eines cachectischen Zustandes; dann trugen die Beine dasselbe nicht mehr; es zitterte am ganzen Körper;

Digitized by Google

später bildeten sich starke Contracturen, zuerst an den Beinen, dann an den Armen aus. Furcht vor jedermann, Kotessen, nächtliches Schreien, totale Verblödung und vollständige Hilflosigkeit. Auf eine Reihe von epileptiformen Attaquen traten vielfach Decubitalgeschwüre und zuletzt der Tod ein. Das 12jährige Kind wog nur mehr 15 kg.

Die Obduction ergab weder Hydrocephalus, noch stärkere Veränderungen an den Gehirnhäuten. Das Schädeldach nur etwas verdickt. Dagegen waren die Zeichen einer Meningoencephalitis fast über das ganze Grosshirn ausgebreitet. Die Pia löste sich nur mit starkem Substanzverlust des Gehirns ab, die Windungen der Insel und um die Sylvische Furche waren stark atrophisch, das Rindengrau fehlte stellenweise vollständig. Verschont geblieben waren nur an der medialen Fläche der Grosshirnhemisphären des Lobulus paracentralis, an der Convexität die Occipitallappen und links auch der Scheitellappen.

Also Krankheitsbild und Obductionsbefund glichen in vielem den bei progressiver Paralyse der Erwachsenen gemachten Beobachtungen. Die Verff. glauben als Ursache des ganzen Krankheitsprocesses eine frühzeitige Meningitis annehmen und die späteren Convulsionen etc. als Exacerbationen des alten Processes deuten zu dürfen.

---

34) R. Massalonga. Ueber cerebrale Diplegien im Kindesalter (Little'sche Krankheit).

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 7—12. — Neurolog. Centralblatt 1898 No. 18.)

M. teilt alle bisher bekannten Formen von cerebralen Diplegien der Kinder in folgende Gruppen:

1. Allgemeine typische Muskelstarre, allgemeine Muskelstarre, leichte Form, bei welcher die Symptome weniger accentuiert sind.
2. Allgemeine Muskelstarre, Forme fruste, bei welcher die Symptome noch weniger accentuiert sind, die Muskelstarre sozusagen in einem latenten Zustand sich befindet, da sie nur bei gewissen Bewegungen zum Vorschein kommt.
3. Uebergangsform zwischen der allgemeinen Muskelstarre und der paraplegischen Muskelstarre.
4. Keine paraplegische Muskelstarre.
5. Paraplegische Muskelstarre mit Hemiparese.
6. Allgemeine Muskelstarre mit Hemiparese.
7. Allgemeine Muskelstarre und doppelseitige spastische Hemiplegie.
8. Doppelseitige Athetose.
9. Allgemeine spastische Chorea.
10. Spastische Muskelstarre, mehr oder minder ausgedehnt, combiniert mit Chorea oder mit Athetose.
11. Chorea und Athetose combiniert.

Für diese ganze Gruppe schlägt M. den Namen Little'sche Krankheit an Stelle des von Freud vorgeschlagenen „Cerebrale Diplegien des Kindesalters“ vor, da in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Muskelstarre prävaliert, während die Lähmung nur ganz ausnahmsweise vorkommt.

Gegenüber der von Little gegebenen Aetiologie der Krankheit hebt M. auf Grund eigener und fremder Beobachtungen hervor:

a) dass die cerebralen Diplegien des Kindesalters sowohl angeboren als acquiriert seien;

Digitized by Google

b) dass sie durch schwere Geburten und Asphyxie des Neugeborenen hervorgerufen werden können, aber von febrilen Erkrankungen höchst wahrscheinlich infectiöser Natur verursacht werden;
c) dass die unregelmässige, durch nervöse Affecte gestörte Gravidität auf die Entstehung von cerebralen Diplegien prädisponierend einzuwirken scheint, auch wenn die Geburt regelmässig vor sich geht;
d) dass zwischen dem ätiologischen Momente und der klinischen Form der Erkrankung kein Zusammenhang besteht.

Der primäre Vorgang ist nach M. die durch eine extra- oder intrauterine Infection (Toxicämie) hervorgerufene Menigoencephalitis, die übrigen bei Sectionen erhobenen Befunde, Hämorrhagien, Cysten, Sclerose und Atrophie des Gehirns, Porencephalie, Pachymeningitis etc. wären nur Evolutions- oder Degenerationsphasen des primären meningocerebralen Vorgangs, sei es durch primäre Läsion der nervösen Elemente, sei es durch Gefässerkrankungen hervorgerufen, welche von derselben Ursache, der Infection oder Autointoxikation abhängen würden. Die Läsion des Rückenmarks sei immer secundär, auch in jenen Fällen, bei welchen bedeutende Erscheinungen des Gehirns klinisch nicht nachweisbar seien. Dass diese secundären Entartungen der Pyramidenbahnen nicht bei allen Sectionen nachgewiesen wurden, hänge von der späten Entwickelung dieser Bahnen ab. die oft erst im 2. oder 3. Lebensjahre vollkommen entwickelt sind. Die Ansicht van Gehuchten's, dass die spastische Muskelstarre bei Kindern, welche Frühgeburten waren, von einer unvollkommenen Entwickelung des Rückenmarks und dem vollständigen Fehlen der Pyramidenbahnen abhängig, also primär spinalen Ursprungs sei. tritt M. mit der Behauptung entgegen, dass die unvollkommene Entwickelung der Pyramidenbahnen, wohl die wichtigste Ursache cerebraler Diplegien, aber nicht primärer Natur, sondern die Folge von anatomischen Veränderungen entzündlicher Natur, toxisch-infectiösen Ursprungs, des Hirnmantels sei.

M. teilt 7 eigene Beobachtungen mit:

1. Fall: Allgemeine spastische Starre.

6 Jahre altes Kind. Normale Gravidität und Geburt. Vom 3. Monat Abmagerung, Vomitus, Diarrhoen. Einige Monate später bemerkte die Mutter schwere Beweglichkeit der starren Glieder, Rollen der Augen, geringe Intelligenz. Status 3 Jahre später: Normale Seelenbildung, voluminöser Schädel, Nystagmus horizontalis und Strabismus internus des linken Auges. Sprache besteht in unarticulierten Lauten. Ataxie der oberen Extremitäten, Spasmus der oberen und unteren Extremitäten. Beiderseitiger pes varoequinus, atactisch-spastischer Gang, gesteigerte Reflexe der oberen und besonders der unteren Extremitäten. Sensibilität und Sinnesorgane normal. Kaum merkliche Besserung während des Spitalaufenthaltes.

2. Fall: Paraplegische Starre und spastische linksseitige Hemiparese.

17jährige Pat. Hysterische Mutter; normale Gravidität und Geburt. Bis zum 13. Monat gesund. Dann plötzlich hohes Fieber durch einige Tage, epileptiforme Anfälle, die sich jahrelang wiederholten, mit abnehmender Intensität und Häufigkeit. Seit 7 Jahren keine Anfälle. Erst mit 5 Jahren lernte er gehen und sprechen; die unteren Extremitäten waren immer in Flexion und Abduction, die Füsse in Varo-equinusstellung, der rechte Arm ebenfalls flectiert im Ellenbogengelenk. Rechte Extremitäten waren am schwersten betroffen. Erregbares, zorniges

Digitized by Google

Temperament. Die Sprache besserte sich im Laufe der Jahre. war jedoch immer lallend. Gedächtnis gut, Schrift unleserlich. Status präsens: Schwach entwickelt, dolichocephaler Schädel, abstehende Ohren, halb geöffneter Mund, schwächere Entwickelung der rechten Gesichtshälfte; hüpfender Gang, wobei die Beine aneinanderstreifen und der rechte Fuss nachschleift; rechter Arm abduciert, Vorderarm und Hand in Flexionsstellung; Sprache schwer. buchstabierend, mit gutturalem Ton; gute Intelligenz, leichte Myopie; allgemeine Steigerung der Sehnenreflexe.

3. Fall: Doppelseitige Athetose mit allgemeiner Muskelstarre.

4 Jahre altes Kind. Vater Alkoholiker. Während der Schwangerschaft sah die Mutter einen jungen Athetotiker und nahm davon einen tiefen Eindruck mit. Schwere Aufregungen wegen der Trunksucht des Mannes. Schwierige Geburt, das Kind kam asphyctisch zur Welt. Im Anfange der 2. Woche bemerkte die Mutter einen Zustand von Muskelstarre am Halse, an den oberen und später auch an den unteren Extremitäten, ferner langsame, aber heftige, im Schlafe sistierende Bewegungen der Extremitäten, namentlich der Finger und Zehen. Status präsens: Schädel in der linken Occipitalgegend etwas eingedrückt, halboffener Mund, der häufig unter Mitwirkung der Zunge Saugbewegungen macht. Pat. hat nie articulierte Laute hervorgebracht. Schlingbeschwerden und daran sich anschliessend Hustenanfälle mit suffocatorischen Erscheinungen. Arme adduciert, Vorderarme flectiert. Athetose der Finger; Beine adduciert und leicht extendiert, Varo-equinus, Athetose der Zehen. Im Affect erreichen die anormalen Stellungen, sowie die Athetose der Extremitäten bedeutende Steigerung, ebenso wie die fast immer andauernde Starre der Muskulatur der Glieder und des Halses. Im Schlafe sistieren alle Erscheinungen. Es kann ohne Hilfe nicht stehen; gestützt, geht er mit nach hinten gerichtetem Kopfe und Schultern, spastischem Gange. Prompter Fusssohlenreflex; die anderen Reflexe wegen der Starre nicht zu prüfen. 2 Monate nach der Aufnahme Tod an Bronchopneumonie. Ausser letzterer fand man bei der Section: Hypertrophia cordis, Hyperämie und Hypertrophie der Leber, Hypertrophie der Milz, Hyperämie der Hirnhäute, Pia an einzelnen Stellen der Windungen adhärent. Windungen plattgedrückt, Stirn- und Prärolandosche Windungen weissgrau verfärbt, von erhöhter Consistenz, gerunzelt, weisse Substanz daselbst grau verfärbt. leichte Hyperämie der Rückenmarkshäute mit ziemlich bedeutender Menge von Exsudat im Subarachnoidealraum. Mikroscopisch: Nervenfasern der Pyramidenbahnen sehr dünn, nur im Cervikalteil deutlich degeneriert.

4. Fall: Doppelseitige Athetose mit paraplegischer Muskelstarre.

38jähr. Pat. Mutter alte Hemiplegikerin; Gravidität regelmässig, Geburt langwierig und schwer. Bis zum Alter von 10 Monaten war das Kind gesund. Dann hohes Fieber, Unruhe, Krampfanfälle am Körper und Gesicht. Diese hörten bald auf, danach Paraplegie und Athetose der oberen, im geringen Grade auch der unteren Extremitäten. Normale Intelligenz, unarticulierte Sprache, erregbares, zorniges Temperament. Später Masturbation. Status präsens: Schleudernde Bewegungen der Gesichts-, Mund- und Zungenmuskeln, auch die Augen in fortwährender Bewegung. Kopf nach vorn oder seitlich oder hinten gebeugt. Athetose der oberen Extremitäten und der Zehen. Beine in Adductions- und Flexionsstellung. Gang unmöglich. Einzelne Muskeln der oberen Extremitäten hypertrophisch. Steigerung der Sehnenreflexe.

5. Fall: Keine doppelseitige Athetose.

6 Jahre altes Kind, hereditär nicht belastet. Normale Gravidität, langwierige Geburt, keine Asphyxie. Nach 10 Tagen Abmagerung, gelbliche Verfärbung der Haut, unruhiger Schlaf, fortwährendes Weinen. Einige Tage später leichte schleudernde Bewegungen erst an Armen und Händen, dann an unteren Extremitäten, zugleich geringer Grad von Muskelstarre. Verschlimmerung im Laufe von Monaten, Ausbreitung auf Mund-, Augen-, Zungenmuskeln. Intelligenz gering, Sprache auf einige Worte beschränkt. Status präsens: Ausser den schon angeführten Symptomen Apathie, Opisthotonus, Arme adduciert, Vorderarme und Hände flectiert, Beine adduciert, Varo-equinus, Gang auch bei Unterstützung schwer, Intelligenz gut.

Digitized by Google

6. Fall: Doppelseitige Chorea-Athetose.

Mutter des Pat. litt während der Gravidität an hysterischen Anfällen, Vater Potator und mit Lues behaftet. Geburt regelmässig, Kind gesund bis zum 4. Lebensjahre. Dann plötzlich Fieber, Delirien. Seither konnte er nicht mehr gehen. Die unteren Extremitäten flectiert und adduciert, Sprache lallend; Apathie, motorische Schwäche der oberen Extremitäten. Dann folgen athetotische und choreatische Bewegungen in allen Extremitäten, am Stamme, am Halse und im Gesicht. Keine Besserung mit zunehmendem Alter. Bei Tag lag er am Boden und bewegte sich kriechend wie eine Schlange, die Extremitäten hin- und herschleudernd, den Hals beugend oder streckend, die Augen rollend, den Mund verziehend. Nur Intelligenz und Sprachvermögen besserten sich etwas. Alle Muskeln spastisch contrahiert, aber mässig. Steigerung der Sehnenreflexe.

7. Fall: Angeborene spastische Chorea:

Gesunde Mutter, Vater Arthritiker. Gravidität und Geburt normal. 7 Tage nach der Geburt Fieber mit Icterus. Zu gleicher Zeit choreatische Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten, in der folgenden Zeit an Stärke und Häufigkeit zunehmend. Lernte erst sehr spät gehen und stehen. Normale Entwickelung der Intelligenz, rudimentäre Sprache. Die choreatischen Bewegungen sind in den oberen Extremitäten viel ausgeprägter als in den unteren, da hier starker Muskelspasmus besteht. Manchmal auch unwillkürliche Bewegungen der Augen und des Mundes. Steigerung der Sehnenreflexe.

---

35) **Adenot** et **Carrier.** Trépanation dans un cas d'épilepsie corticale reconnaissant pour cause un gliome de la région rolandique supérieure.

(Arch. prov. de chir. 1898 No. 3. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 47.)

Bei dem 11 Jahre alten Töchterchen eines notorischen Absynthtrinkers und einer excentrischen Mutter bestanden seit dem 1. Lebensjahre Convulsionen, die anfangs in mehrmonatlichen Intervallen, vom 9. Jahre an auch mit Bewusstseinsstörungen immer häufiger, zuletzt bis 12 mal in der Woche vorkamen. Die Contractionen begannen in der Regel im rechten Arm oder Bein und schritten von da auf den ganzen Körper fort; der rechte Arm war in Umfang und Kraft seines Beugers, das Bein auch in der Längenentwickelung, im Umfang und ebenfalls in der motorischen Kraft der Beuger zurückgeblieben. Es gelang nach sorgfältiger Beobachtung, eine genaue Herddiagnose zu stellen, welche die Trepanation bestätigte. Es fand sich ein Gliom an Lobus paracentralis, aber es hatte eine solche Ausdehnung in die Tiefe, dass eine vollständige Entfernung unmöglich war.

---

36) **F. Franke.** Temporäre Heteroplastik zur Behandlung des Hirnprolapses.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 47.)

Der Hirnprolaps ist, wie erst wieder auf dem Moskauer Congress v. Bergmann hervorhob, eine gar nicht selten der Schädeleröffnung folgende Störung, eine Störung, die sich mitunter recht schwer bekämpfen lässt, in vereinzelten Fällen, wie in dem einen v. Bergmann's sogar zum Tode führt und namentlich dann vom Operateur recht unangenehm empfunden wird, wenn es sich um vergebliche, um einfache Probetrepanationen handelt. v. Bergmann betont, dass gerade nach diesem Eingriff der frische Hirnprolaps häufig beobachtet

Digitized by Google

sei, auch hier selbst mit tötlichem Ausgang. Das Hirn drängt in solchen Fällen mit einer so gewaltigen Kraft nach aussen, dass die Nähte, mittelst deren der Defect geschlossen wurde, durchschneiden, und dass das nach dem Wagner'schen Verfahren gebildete und wieder an seinen Ort zurückgelagerte Schädelsegment trotz des best angelegten Compressionsverbandes weit in die Höhe gehoben wird. In einem Falle v. Bergmann's überragt der doch noch angeheilte Lappen die Schädeloberfläche um mehr als 1 cm.

F. hat diese Schwierigkeiten im vorigen Jahre an einem kleinen Prolaps kennen gelernt; er wurde ihrer Herr mit vollkommenem und dauerndem Erfolg vermittelst der temporären Heteroplastik. Die Krankengeschichte war folgende:

15jähriges Dienstmädchen wurde dem Marienstift in Braunschweig von einen Ohrenarzt am 20. VIII. 97 überwiesen. Pat., welche seit ihrer Kindheit an Ohrenlaufen rechts und zeitweisen Schmerzen litt, erkrankte vor einigen Tagen an sehr heftigen Schmerzen hinter dem rechten Ohr, Fieber und Kopfschmerzen.

Das schwächliche, anämische Mädchen fühlte sich elend, hatte eine Temperatur von 40,1°, sehr belegte Zunge, beschleunigten Puls (120). Die Gegend hinter dem rechten Ohr war teigig-ödematös und geschwollen, auf Druck sehr empfindlich. Aeusserer Gehörgang ohne Besonderheiten, Trommelfell grau, glanzlos, etwas eingezogen, Lichtreflex schwach und verschoben, im unteren Segment eine stecknadelkopfgrosse Perforation. Herz und Lungen normal.

Als trotz Eisbeutels und Ausspülungen des Ohrs in den nächsten Tagen keine Besserung eingetreten war, die Schwellung hinter dem Ohr sogar noch zugenommen hatte und sich auch nach unten nach dem Halse zu weiter ausbreiten zu wollen schien, öffnete F. am 23. VIII. das Antrum mastoideum. Hirnerscheinungen waren noch nicht aufgetreten. Das Sensorium war frei, der Puls beschleunigt, Temp. am 22. VIII. Abends 39,1°. Die jetzt bestehende Rötung der Haut über dem Proc. mastoid. rührte wahrscheinlich von der Eisblase her.

Nach Durchtrennung der ödematösen Weichteile kam F. zunächst auf normalen Knochen, von dem sich aber die Weichteile leicht abheben liessen. Eiter quoll erst in Form eines mässig grossen Tropfens hervor, als F. den Proc. mastoid. tief und nach hinten zu aufgemeisselt hatte. Er traf dann bald auf den Sinus transversus, bis auf den der Eitergang führte und eröffnete ihn, da er bräunlich aussah und sich fest anfühlte. Er zeigte sich von einem nur an der eröffneten Stelle in eitriger Schmelzung begriffenen, missfarbig aussehenden, sonst aber ziemlich festen Thrombus erfüllt. Nach Unterbindung der Jugularis im oberen Teil des Halses, wo sie collabiert war, räumte F. deren peripheren Teil und den Sinus aus, nachdem er noch den Knochen nach dem Ohr und nach hinten zu breit aufgemeisselt hatte, und tamponierte die ganze Höhle nach entsprechender Reinigung mit Jodoformgaze.

Die Temp. blieb, nachdem sie am Operationstag abgefallen war, in den nächsten Tagen noch hoch, bis zu 40°, das Befinden besserte sich etwas, bedenklich waren aber unregelmässig auftretende Schüttelfröste. Da nun die Wunde gut aussah, und der Verdacht eines sich entwickelnden Hirnabscesses bestand, machte F. am 10. IX. in der Mitte des freiliegenden, etwa markstückgrossen Hirnteils einen etwa $1^1/_2$ cm tiefen Einstich mit dem Messer durch die sonst unverletzte Dura, die Messerspitze nach verschiedenen Richtungen langsam senkend und lüftend, aber ohne Erfolg. Absichtlich den Schnitt nicht vernähend, tamponierte er die Wunde fest mit Jodoformgaze, war aber erstaunt, am 13. IX. beim Verbandwechsel einen Hirnprolaps von Kirschgrösse zu sehen. Es traten noch bis zum 22. IX. hin und wieder Schüttelfröste auf, aber das Befinden besserte sich, die Wunde sah fast rein aus, Hirnerscheinungen fehlten. Die grösste Sorge machte der Hirnprolaps. Er hatte trotz Druckverbandes bis Anfang October bis zu Haselnussgrösse zugenommen, Granulationen hatten sich auf ihm entwickelt, die Wunde machte keine Anstalt zum Verheilen. Die Ränder der durchtrennten Haut wurden aus den von dem Prolaps, über dem F. sie zusammengelegt hatte, immer wieder auseinander gedrängt. Abtragung des Prolapses, Vernähung der Wundränder war umsonst, Aetzung mit Höllenstein desgleichen. Am 26. X. trug F. nochmals den Prolaps ab, löste die Haut vom Knochen, um die angefrischten Wundränder möglichst ohne Spannung vernähen zu können, was auch gut gelang. Die Wunde

Digitized by Google

heilte per primam; nur sickerte durch einen Stichkanal immer dünnes Sekret heraus. Bald wurde auch die frische Narbe wieder breiter, verdünnte sich, und Mitte November hatte ein neuer Gehirnprolaps die Narbe durchbrochen.

Was nun thun? Von dem anfänglichen Gedanken, einen Haut-Knochenlappen aus der Umgebung über dem Defect zu vernähen, ging F. wieder ab, weil er befürchten musste, dass auch er wieder abgehoben würde, zumal an dieser Stelle ein Compressionsverband schwer seinem Zweck entsprechend anzubringen ist. Schliesslich kam er auf die temporäre Heteroplastik. Von vornherein glaubte er nicht, dass eine etwa eingelegte Celluloidplatte glatt einheilen würde, weil die Wunde immer sehr stark secernierte und zu befürchten war, dass eine Fistel bleiben würde, die das Einheilen gänzlich in Frage stellte. Die Celluloidplatte entsprach aber insofern am besten F.'s Wünschen, als er glaubte, sie am leichtesten so anbringen zu können, dass er einer Compression von aussen entbehren könnte. Sie sollte als Compressorium dienen. In 2. Linie sollte sie auch für den Fall, dass sie nicht einheilen würde, dazu dienen, dass unter ihrer glatten Unterfläche der Defect in der Dura im Laufe einiger Wochen verwüchse. F. konnte dann mit Recht erwarten, dass eine spätere Plastik mittelst Haut-Knochenlappens Erfolg haben würde. Dem entsprechend ging er vor:

Am 22. XI. meisselte er nach Freilegung des ganzen Gebiets und Abtragung des wieder zu Kirschgrösse angewachsenen wahren, mit Granulationen besetzten Prolapses auf der Duralseite des Knochenrandes an mehreren Stellen mit einem Falzmeissel einen Falz aus und brachte eine dünne Celluloidplatte, die die Form des Defects, aber an den dem jeweiligen Falz des Knochens entsprechenden Stellen einen etwa 2—3 mm langen Vorsprung erhalten hatte, so an, dass diese Vorsprünge, die sich, wie auch die ganze Platte, etwas biegen liessen, unter den Knochenrand des Falzes geschoben wurden. Die Platte sass danach fest auf der Dura. Es folgte die Naht der Hautwundränder, die sich nur unter einer gewissen Spannung vereinigen liessen.

Wie F. fast mit Sicherheit erwartet, blieb die Heilung per primam aus; auch eine 2. Naht am 28. XI. war erfolglos. Die Nähte schnitten zum Teil durch, und die Celluloidplatte wurde im unteren Wundwinkel sichtbar. Am 14. XII. öffnete F. die Wunde wieder und nahm die Platte heraus. Der Prolaps war verschwunden, zwischen Platte und Dura hatte sich eine kleine mit Serum (Liquor cerebri?) gefüllte Cyste gebildet. Nach Beseitigung derselben wurde der Defect durch einen Hautknochenlappen, den F. der Regio supramastoidea entnahm, gedeckt. Die Vereinigung der Wundränder gelang ohne zu grosse Spannung, Heilung per primam trat ein, Pat. wurde am 31. XII. entlassen. Wie F. sich zunächst überzeugte, ist der Erfolg ein ausgezeichneter; der fest eingeheilte Knochen liegt in gleicher Ebene mit dem Knochen der Umgebung, die Narben sind schmal und blass, Pat. befindet sich sehr gut.

Ob bei grossem Prolaps ein ähnliches Resultat zu erreichen sein wird, muss die Erfahrung lehren. Um in einem solchen Falle möglichst sicher zu gehen, wird es nötig sein, die vorspringenden Zacken der Platte etwas grösser zu nehmen, den Falz tiefer auszugraben; man wird die Platte mindestens 2—3 Wochen liegen zu lassen haben. Auch für das Wagner'sche Verfahren wird sich die Methode eignen; man klappt einfach den Haut-Knochenlappen auf einige Wochen über die Platte. In Fällen, wo der Knochendefect nicht durch einen Haut-Knochenlappen nach Müller-König gedeckt werden kann, wäre der Versuch zu machen, nach Herausnahme der Platte sie durch der Tibia entnommene Knochenscheiben (Czerny) zu ersetzen; diese von vornherein anzuwenden, ist beim Hirnprolaps nicht anzuraten, da man ihnen nicht solch festen Halt am Schädel schaffen kann.

Digitized by Google

So dürfte die Heteroplastik öfter anzuwenden sein, wie bisher. Sie eignet sich vorzüglich zum Verschluss von Schädeldefecten bei Meningocele und Encephalocele; heilt die Platte nicht ein, so hat man doch grosse Vorteile und kann mit grösserer Sicherheit die Osteoplastik anwenden.

---

37) **C. Bolle.** Die Erfolge der Radikaloperation der Encephalocele.

(Inaug.-Dissert., Berlin 1898. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 47.)

B. hat nach den Resultaten der mit Abtragung von Hirnteilen verbundenen Radikaloperation von Encephalocelen zu forschen gesucht, um über die weitere Fortentwickelung der operierten Kinder sowohl in körperlicher als in geistiger Beziehung Aufklärung zu erhalten. Indess gelang ihm dies nur bei 5 Kindern, die von Schatz (2 Fälle), Kehrer, Ludwig (Chrobak'sche Klinik) und in der Berliner Univers.-Frauenklinik wegen occipitalen Hirnbruchs bald nach der Geburt, bezw. in den ersten Wochen nach dieser operiert worden waren; die meisten übrigen Fälle waren nach der Operation zu Grunde gegangen. Das Schicksal der wenigen anderen ist unbekannt geblieben. Von jenen 5 ist 1 im 11. Lebensjahre gestorben, 1 lebt 12 Jahre alt, bei den weiteren 3 liegt die Operation erst 1—2 Jahre zurück. Alle 5 Kinder sind in der körperlichen und seelischen Entwickelung sehr weit zurückgeblieben; die 11—12 Jahre alten lernten niemals selbständig gehen, niemals sprechen, die 3 übrigen lassen gleichfalls nichts Besseres erhoffen. Hinsichtlich des aus der Berliner Klinik neu mitgeteilten Falles sei auf die Arbeit verwiesen.

---

38) **Tschudy.** Demonstration eines Falles von Sehnenüberpflanzung bei Kinderlähmung.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 20.)

Dieselbe erfolgte in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich (2. VII. 98).

Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, welches von auswärts zugeschickt wurde, weil sich bei ihm mehr und mehr eine Deformität des linken Fusses ausgebildet hatte. Aus der Anamnese ist erwähnenswert, dass Pat. angeblich 2 Monate ante terminum zur Welt kam; sie entwickelte sich aber unter sorgfältiger Pflege ganz gut und war bis zu ihrem 3. Lebensjahre vollkommen gesund. Damals erkrankte sie unter fieberhaften Erscheinungen und lag ca. 6 Wochen zu Bett. Sobald das Kind wieder zu gehen anfing, bemerkten die Eltern ein Nachschleppen des linken Fusses. Trotz anfänglicher Behandlung mit Elektrizität verschlimmerte sich der Zustand in der Folge mehr und mehr, der Fuss fing an, sich beim Gehen nach aussen umzulegen. Es wurde vor ca. 2 Jahren ein portativer Stützapparat verordnet. Da aber der letztere seinen Zweck nur sehr mangelhaft erfüllte, und der weiteren Deformierung des Fusses nur geringen Widerstand leistete, so wurde das Kind dem Spital überwiesen.

Status präsens: Pat. ist für ihr Alter gut entwickelt, sieht gesund aus und weist an den inneren Organen keine abnormen Befunde auf. Der linke Unterschenkel ist gegenüber dem rechten stark atrophisch, nicht nur die Muskulatur ist wesentlich schwächer entwickelt, sondern auch der Knochen ist graziler, als rechts. Der Fuss selbst, gegenüber dem rechten um 2 cm verkürzt, zeigt die typische Form und Stellung des Pes equinovarus, er ist in starker Streckstellung fixiert, der Vorderfuss supiniert und adduciert, das Fussgewölbe abnorm hoch;

Digitized by Google

auf dem äusseren Teil des Dorsum pedis findet sich ein kirschgrosser vorragender Schleimbeutel, der beweist, wie sehr bereits infolge der Varusstellung der Fussrücken beim Gehen einem Drucke ausgesetzt war. Von den atrophischen Muskeln am Unterschenkel reagieren auf electrische Reizung die Wadenmuskeln, der Tibialis anticus und Extensor hallucis longus, nicht dagegen die beiden Peronei und der Extensor digitorum communis longus. Aus dem sich daraus ergebenden Fehlen der Pronatoren des Fusses und aus dem Uebergewicht der relativ kräftigen Wadenmuskulatur über die einzig noch als Fussbeuger functionierenden Tibial. antic. und Extens. hallucis long. ist die Erklärung für die Entstehung sowohl der Varus-, als auch der Equinusstellung des Fusses gegeben.

Es handelte sich zunächst darum, den deformierten Fuss zu redressieren. Dazu war vor allem die Durchtrennung der nutritiv verkürzten Achillessehne notwendig. Da nun bei der hochgradigen Verkürzung derselben nach dem Redressement eine verhältnismässig grosse Diastase der Sehnenenden zu erwarten und somit eine brauchbare Wiedervereinigung der letzteren fraglich war, so zog T. es vor, die Sehne nicht einfach zu durchtrennen, sondern eine plastische Verlängerung derselben vorzunehmen. Die Sehne wurde 6 cm weit längsgespalten, dann an den Enden dieses Schlitzes nach entgegengesetzten Seiten quer abgetrennt; nun konnte sie um die ganze Länge der Schlitzung auseinandergezogen und die Enden hierauf vernäht werden. Die Operationswunde war in 8 Tagen geheilt, und nun wurde in Narcose das modellierende Redressement des Fusses durchgeführt, und ein Gypsverband in corrigierter Stellung angelegt, mit welchem Pat. 5 Wochen lang herumging. Dann wurde der Verband entfernt und zunächst während einiger Tage die Unterschenkelmuskulatur faradisiert und massiert. Versuchsweise liess man das Kind daneben ohne jeglichen Verband Gehversuche machen, es machte sich aber sehr bald von neuem eine deutliche Neigung zur Varusstellung bemerkbar; beim ruhigen Herabhängen des Fusses stand der untere Fussrand stets merklich tiefer, als der innere, kurz es ergab sich die Notwendigkeit eines Ersatzes der fehlenden Pronatoren des Fusses.

T. beschloss deshalb, die Function der gelähmten Musc. peronei dem hierzu am geeignetsten erscheinenden Extensor hallucis longus zu übertragen. Der letztere konnte als Strecker der grossen Zehe wohl entbehrt werden, da der Extensor digitor. brevis ihn teilweise ersetzte. Anders verhielt es sich jedoch mit seiner Function als Fussbeuger; diese letztere durfte angesichts des Ueberneigens der Fussstrecker (Wadenmuskulatur) nicht geopfert werden. Die Operation musste also so ausgeführt werden, dass der Muskel Heber des äusseren Fussrandes wurde, zugleich aber Fussbeuger blieb, was in folgender Weise erreicht wurde: Es wurde zunächst am äusseren Fussrande die Sehne des Peroneus brevis an ihrer Ansatzstelle an der Basis metatarsi V freigelegt; dann wurde die Sehne des Extens. hall. long. oberhalb des Fussgelenkes und über dem I. Metatarsophalangealgelenk ebenfalls freigelegt, an letzterer Stelle durchtrennt und bis oberhalb des Fussgelenks, resp. des Ligam. cruciat. zurückgezogen. Eine dünne Kornzange wurde hierauf von der Ansatzstelle des Peroneus brevis aus unter der Dorsalfascie des Fusses und unter dem Ligam. cruciat. durch hinaufgeführt, die zurückgezogene Sehne des Extens. hall. damit gefasst und über den Fussrücken subfascial zur Sehne des Peroneus brevis herabgeführt und unmittelbar am Metatarsus V mit der letzteren vereinigt bei grösstmöglicher Flexion und Pronation des Fusses. Naht der Hautwunden, Gypsverband. Letzterer wurde 14 Tage später entfernt, und Pat. geht nun seit nahezu 4 Wochen ohne jeglichen Stützapparat herum.

Der gegenwärtige Befund ist nun folgender: Die Unterschenkelmuskulatur hat sich, soweit sie noch functioniert, wesentlich gekräftigt, speziell der Extensor hall. longus hat sich zu einem kräftig arbeitenden Muskel entwickelt. Flexion und Extension sowohl als auch Adduction und Abduction des Fusses werden von dem Kinde in nahezu gleicher Weise ausgeführt, wie auf der gesunden Seite. Die transplantierte Sehne des Extensor hall. long. spannt sich bei der Contraction des Muskels unter der Fussrückenfascie deutlich an und ist bis zu ihrer neuen Insertion zu verfolgen. Die Ueberpflanzung derselben ist also anatomisch vollkommen gelungen. Aber auch functionell ist der Erfolg ein ganzer: Der Muskel wirkt als kräftiger Flexor des Fusses, und zugleich findet bei jeder Flexionsbewegung eine deutlich sichtbare Hebung des äusseren Fussrandes statt; auch ist in der Ruhe von dem früheren Herabsinken des äusseren Fussrandes, also von

Digitized by Google

der Neigung zur Varusstellung, absolut nichts mehr zu bemerken. Die plastische Verlängerung der Achillessehne ist mit Erfolg geheilt. die Wadenmuskulatur functioniert in normaler Weise. Beim Gehen findet das Aufsetzen und Abwickeln des Fusses in ganz normaler statt, und ist ein Unterschied gegenüber der gesunden Seite kaum erkennbar. Obwohl Pat. seit 4 Wochen ohne Stützapparat herumgeht, zeigt sich nicht nur absolut keine Neigung zur vorher vorhandenen Deformität mehr, sondern die Form des Fusses hat sich sogar seither noch gebessert, indem das früher abnorm hohe Fussgewölbe sich etwas gesenkt hat.

Das Resultat ist also hier ein sehr erfreuliches. Es lagen aber auch die Verhältnisse für die Operation sehr günstig, indem verhältnismässig nur wenige Muskeln gelähmt waren, und weil zur Ersetzung der fehlenden Muskeln nicht ein Antagonist, sondern ein physiologisch wenigstens ähnlich wirkender Muskel herangezogen werden konnte.

---

39) **Th. Escherich.** Ein weiterer Fall von Pseudotetanus.

(Wiener klin. Rundschau 1898 No. 49.)

Sanetti S., 5 Jahre alt, hereditär nicht belastet, ist bis auf einen im Vorjahre überstandenen Typhus stets gesund gewesen. Am 10. Juli 1898 bemerkte die Mutter eine auffallende Steifhaltung des Kopfes, am nächsten Tage breitete sich der Krampf auch auf den Rücken und die Beine aus. Es bestand heftiges Erbrechen brauner Massen. Am dritten Tage Unvermögen den Mund zu öffnen. weshalb Patientin ins Spital gebracht wird.

Bei der Aufnahme am 12. Juli 1898 zeigte die gut entwickelte und genährte Patientin ein höchst charakteristisches Bild, das auf den ersten Blick durchaus demjenigen eines traumatischen Tetanus glich. Das Kind liegt mit contrahierter Nacken-, Rücken-, Beinmuskulatur regungslos, gleich einer Statue flach ausgestreckt im Bette. Die Gesichtsmuskulatur ist starr, die Zahnreihen fest aufeinander gepresst, die Beine in extremer Equinusstellung, nur mit den Armen können willkürliche Bewegungen, allerdings nur langsam und in beschränktem Masse ausgeführt werden. Dieser Zustand tonischer Starre war anfangs durch längere, dann durch kürzere Pausen unterbrochen, in denen die Krämpfe so weit nachliessen, dass die Kranke aufgesetzt und gefüttert werden, die Beine spreizen und abbiegen konnte. In gleichem Masse nahmen auch die Krampfparoxysmen zu, die spontan oder durch psychische Erregung, Bestreichung der Rückenmuskulatur etc. ausgelöst wurden. Die Gesichtszüge verzerren sich dabei ähnlich wie bei demjenigen, der durch starkes Sonnenlicht geblendet wird; der Kopf wird stark nach hinten gezogen, der Rücken gekrümmt, so dass das Kind bei gestreckten Beinen den Boden nur mit dem Scheitel und den Fusssohlen berührt und so den typischen arc-en-cercle der Hysterischen nachahmt. Dabei waren die Oberarme an den Stamm gepresst, die Unterarme flectiert oder gestreckt, keine Tetaniestellung der Finger. Die Muskulatur des ganzen Körpers war hart wie Marmor und sprang in derben Wülsten unter der Haut vor, die mit reichlichem kaltem Schweisse bedeckt war. Die Anfälle dauerten durch mehrere Minuten bis Stunden an und waren in dieser Zeit durch Hinzutreten von Krämpfen des Zwerchfelles und der Atmungsmuskulatur besonders aufregend und bedrohlich. Die Atmung wurde unregelmässig, stockend, sistierte schliesslich ganz, wie es schien bald in der inbald in der exspiratorischen Phase, jedoch war nie ein an Laryngospasmus erinnernder Laut zu hören. Dabei war das Kind im höchsten Grade cyanotisch, die Lippen und Augenlider verfärbten sich blaurot, die Augen traten aus den Höhlen, bis dann wohl unter dem Einflusse der Kohlensäurenarkose der Krampf nachlässt und die Atmung wieder beginnt oder durch künstliche Respirationsversuche angeregt wird. Auf der Höhe der Erkrankung, die etwa vom 14.—24. Juli währte, waren derartige Anfälle fast continuierlich vorhanden. Patientin legte sich dabei mit Vorliebe auf den Bauch oder die Seite, auch wird es von ihr angenehm empfunden, wenn die Krümmung des Körpers gewaltsam überwunden und die contrahierten Muskeln passiv gedehnt werden. Auch in der Nacht hatte sie in dieser Zeit wenig Ruhe, sie soll wenig oder nicht geschlafen haben. Bedenkt man, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in der schlimmsten Zeit nur durch Schlundsonde geschehen konnte, daher eine sehr erschwerte und unzureichende war, so sind die enorm physischen Kraftleistungen des Kindes doppelt erstaunlich.

Digitized by Google

Vom 24. Juli an liessen die Contracturen und Anfälle nach, Patientin kann wieder mit dem Löffel gefüttert werden. Am 1. August ist der Körper zeitweise vollständig erschlafft, nur die Füsse befinden sich in starrer Spitzfussstellung. Hin und wieder treten bei der Untersuchung noch Krampfanfälle auf.

5. August: Patientin isst zum erstenmale wieder selbst, kann auf Commando die Füsse etwas bewegen.

20. August: Patientin kann allein mit gespreizten Beinen stehen, auch die Bewegungen im Sprunggelenke sind möglich.

24. August: Nachdem Patientin sich wie ein normales Kind bewegt und benimmt, wird sie als geheilt entlassen.

Während der ganzen Krankheitsdauer bestand nie Fieber, keine Störung der vegetativen Functionen. Sensorium stets vollkommen frei. Patientin sprach wenig mit Anstrengung und auffallend gepresster Stimme. Zeitweise schien auch Krampf der Schlundmuskulatur zu bestehen. Facialis-Phänomen konnte wegen der dauernden Starre nicht geprüft, das Trousseau'sche Phänomen niemals ausgelöst werden. Die galvanische Erregbarkeit, in Narkose und bei fast völliger Erschlaffung der Muskulatur geprüft, war nicht erhöht, dagegen die mechanische so beträchtlich gesteigert, dass es an den langen Armmuskeln zur Bildung eines idiomuskulären Wulstes kam. Haut- und Sehnenreflexe erhöht. Ueber Schmerzen wurde wenig und nur während der heftigsten Krampfanfälle besonders im Nacken geklagt.

Therapeutisch wurde Antispasmin in Dosen von 0,3 gr ohne Effect, dann Bromkali 4—5 pro die gegeben. Letzteres schien eine etwas beruhigende Wirkung auszuüben. Bei besonders schweren Anfällen wurden Chloralhydrat-Klysmen gegeben, mit gutem, aber rasch vorübergehendem Erfolge. Im allgemeinen war eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch Medicamente nicht zu erkennen.

Der Krankheitsfall reiht sich denjenigen an, die E. unter dem Namen des Pseudotetanus beschrieben und mangels einer besseren Einteilung der persistierenden Form der Tetanie angereiht hat. Das Wesen derselben bilden tonische, intermittierende Krämpfe, die aber im Gegensatze zur gewöhnlichen Tetanie vorzugsweise die Stammmuskulatur befallen und die Arme relativ frei lassen. In obigem Falle fehlt auch die Uebererregbarkeit der Nerven für den galvanischen Strom und das pathognomonische Trousseau'sche Phänomen. Dagegen sind die mechanische Erregbarkeit wie die Sehnenreflexe beträchtlich gesteigert. Durch die ungewöhnliche Schwere und Ausdehnung der Krämpfe, sowie den hochgradigen Kinnbackenkrampf erinnert das Krankheitsbild lebhaft an den Tetanus traumaticus, von dem es jedoch ätiologisch verschieden ist. Den trotz der schweren Erscheinungen günstigen Ausgang, sowie das Auftreten in der heissen Jahreszeit hat es mit den früher von E. beschriebenen Fällen gemein.

---

40) **X. Lewkowicz.** Ueber Phenocall, Analgen, Chinopyrin und Euchinin als antimalarische Mittel.

(Aus der k. k. pädiätr. Klinik in Krakau.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 41.)

Chinin ist ein durchaus sicheres Mittel gegen Malaria, der Vorwurf, dass es in manchen Fällen doch versagt, nicht stichhaltig, sondern nur darauf beruhend, dass eben oft Intermittens diagnosticiert wird, wo etwas anderes vorliegt. Seitdem in der pädiatr. Klinik nur die Fälle mit Chinin behandelt werden, wo die Blutuntersuchung die Malariaparasiten nachweist, ist es nie vorgekommen, dass man das Mittel erfolglos gab. Jene Fälle, wo nur auf Grund von intermittierendem Fieber und Milzschwellung Verdacht auf Malaria vorlag, wo aber die Blutuntersuchung negativ ausfiel, haben sich sämtlich bei weiterer Be-

Digitized by Google

obachtung als etwas anderes herausgestellt. Die Folgen der Chininbehandlung bei Malaria stellen sich fast mit mathematischer Sicherheit ein. Die Tertianaparasiten verschwinden aus dem Blute in 1 bis 2 Tagen, die Quartanaparasiten nach mehreren Tagen, die Halbmonde in 2—3 Wochen; die Fieberanfälle werden bei Tertiana und Quartana im Laufe eines Tages, langintervallären, von der Entwickelung der Halbmonde abhängigen Fiebertypen in höchstens 5—7 Tagen beseitigt.

Nun bringt aber Chinin so unangenehme Nebenerscheinungen zustande, dass eine Anzahl Ersatzmittel empfohlen worden sind. Einige prüfte auch L. und teilt die Resultate mit.

Das salzsaure Phenocoll bewährte sich in den 9 Fällen von Tertiana, wo es angewandt wurde, nicht. Nach dessen Gebrauch, selbst in grossen Gaben und durch längere Zeit, konnte nie im Blute das Verschwinden der Parasiten, ja sogar nicht einmal eine namhaftere Herabsetzung ihrer Zahl constatiert werden; nur auf die Fieberanfälle übte das Mittel öfters sichtbaren Einfluss aus. Analgen wurde nur einmal (Quartana) gegeben, und zwar mit durchaus negativem Erfolge. Von Laveran und Gassard wurden ferner subcutane Injectionen von Chinopyrin; einer löslichen Verbindung von Chinin und Antipyrin empfohlen:

Rp. Chinin. hydrochloric. 3,0
Antipyrin. 2,0
Aq. dest. 6,0

Diese Injectionen (à 1 cm ^{3}) wurden in 4 Fällen gemacht, stets mit gutem Erfolge. Euchinin wurde in 16 Fällen verabreicht (6 Tertiana, 6 Quartana, 4 schwere maligne Malariafieber). Es wirkte prompt, 1—2 mal tägl. in grösserer Gabe (0,5) gegeben; aber auch kleinere Gaben (0,1), täglich einmal längere Zeit hindurch gegeben, brachten, selbst in langintervallären Fiebern, complete Heilung. L. lenkt hierbei die Aufmerksamkeit auf charakteristische Veränderungen, welche im Quartanaparasiten nach Anwendung des Chinin auftreten, und denen er in allen damit behandelten Fällen begegnete; sie sind schon $^1/_2$—1 Stunde nach Einverleibung des Mittels ausgebildet, bestehen einige Tage und können zur Diagnose, dass Chinin vorher gegeben wurde, benutzt werden. Diese Veränderungen sind in frischen, ungefärbten Blutpräparaten, an Parasiten, die etwa $^1/_3$ bis die Hälfte des Blutkörperchens ausfüllen, am meisten auffallend. Vor der Anwendung des Mittels bilden die Parasiten farblose Kügelchen mit mehr oder weniger gleichmässig, besonders in der Pheripherie ausgestreuten braunen Melaninkörnchen. Unter dem Einflusse des Chinins ballt sich das Melanin in ein oder einige grosse Körner zusammen und kann selbst anscheinend ins Hämoglobin hinübergehen, sodass der überwiegende Teil des Parasiten des Melanins beraubt wird und durch seine „Nacktheit“ auffällt. Der Parasit kann dabei ungeteilt bleiben und die kugelige Gestalt beibehalten, oder aber in mehrere kleinere, zusehends unzusammenhängende Bruchstücke zerfallen; manche von diesen Bruchstücken enthalten dann grobe Melaninkörner, andere sind ganz von Melanin frei. Der Parasit kann dessen ungeachtet die amöboide Beweglichkeit bewahren. L. konnte nun diese Erscheinungen in dem mit Analgen (s. o.) behandelten Falle nicht constatieren, nach Euchinin waren sie sehr ausgesprochen.

Digitized by Google

L. schliesst also, dass Euchinin, ein „Chinin ohne bitteren Geschmack", — bei sehr grossen Dosen können, wie 2 Fälle lehrten, die gleichen Nebenerscheinungen eintreten, — mit Freude zu begrüssen ist, und dass man zu subcutanen Injectionen — solche können als letzte Zuflucht indiciert sein — ruhig Chinopyrin verwenden kann.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

7) **Beitrag zur Wirkung von Thyreoideatabletten** wird von Dr. Wunderlich (Neudorf) geliefert: 3½jähr. Kind bekommt wegen einer rasch sich vergrössernden Struma 30 Stück der Tabletten à 0,3 (Dresdener Hofapotheke) ordiniert, um 2 mal tägl. ½ Plätzchen, event. nach 3 Tagen ein ganzes zu erhalten. Am 3. Tage nach der Kur erwischt das Kind die Tabletten und verzehrt 22 Stück. Es blieb munter, zeigte absolut nichts Abnormes, was auch so blieb! W. giebt die Tabletten weiter (pro die 2 Stück) und ausserdem eine Jodvasogensalbe und beobachtet ein Zurückgehen des Tumors.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

8) **Thyreoidin gegen psychisch und physisch zurückgebliebene und mangelhafte Entwickelung der Kinder** empfehlen St. Philippe und Guyot auf wärmste. In den 5 von ihnen beschriebenen Fällen handelte es sich um ein 2½jähriges Kind, welches bloss 9 kg wog und noch nicht sprechen konnte, um ein 22, ein 19 Monate altes Kind, welche physisch und intellectuell trotz grösster Sorgfalt der Pflege kaum einem 1 jährigen Kinde glichen, und um 2 dreijährige Kinder, von welchen eines nicht gehen und sprechen konnte, das andere rhachitisch und in Zähnen und Gang sehr zurückgeblieben war. Durch Thyreoidintabletten, beginnend mit ⅓ Tablette per Tag (auch Syrup), welche Medikation mit kurzen Unterbrechungen Monate lang fortgesetzt wurde, war in allen Fällen auffallend günstige Aenderung in der körperlichen und geistigen Entwickelung eingetreten. Die Anfangsdosis betrug 0,07 g der frischen Schafschilddrüse (= ⅓ Tablette), dann 0,1 und nach 5—6 Tagen 0,2 g (= 1 Tablette), auf welcher Dosis man mit 8—14 tägiger Unterbrechung (bei event. Aufregungszuständen) verblieb.

(Annales de méd. et chir. infantiles 1898 No. 17/18. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

9) **Aromatischer Leberthran** wird nach Duquesnel durch Zusatz von Eucalyptusessenz hergestellt, welche Geschmack und Geruch des Leberthrans vollständig verdeckt:

Rp. Ol. jecor. flav. 150,0
Ol.-Eucalypt. aeth. gtt. II.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

10) **Uropherin** ist ein von Merck (Darmstadt) bereits vor einigen Jahren eingeführtes und bereits bei Erwachsenen erprobtes Ersatzmittel des teueren Diuretins. Uropherinsalicytat (Lithiondiuretin) und Uropherinbenzoat sind die geläufigeren Namen für 2 Doppelsalze, das Theobrominlithium-Lithium salicylicum und Theobrominlithium-Lithium benzoicum; beide Präparate haben die gleiche Wirkungsweise, dieselben Indikationen und Dosierungen. Da die Präparate in der Kinderpraxis noch nicht benutzt waren, versuchte sie Dr. A. Schmidt in der Escherich'schen Klinik (Graz) bei allgemeinem, cardialem und renalem Hydrops, bei exsudativer Pericarditis und Pleuritis. So bekam ein 6 jähriger Pat.

Rp. Uropherin. salicyl. 5,0
Aq. font. 120,0
Vanillin. 0,001
Muc. gumm. arab.
Syr. simpl. āā 15,0
D.-S. 1 Kinderlöffel voll 3—4 mal tägl.

Digitized by Google

Selbst die doppelte Dosis (bis 3 gr pro die) wurde sowohl von diesem, wie von jüngeren Kindern vertragen, ohne dass üble Zufälle von seiten des Herzens, Magens, der Niere etc. aufgetreten wären. Gewöhnlich wurden 10 g auf 150 g Flüssigkeit (in obiger Form, da das Mittel etwas scharf und bitter schmeckt) verschrieben, und davon 4 Kinderlöffel voll gegeben. Nach Verbrauch von 10—15 g waren in der Regel die Oedeme zurückgegangen resp. geschwunden. Besonders bewährte sich Uropherin aber bei cardialem Hydrops. (Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 43.)

11) **Morbus Basedowii bei 4 Kindern derselben Familie** sah Holmes. Das älteste war ein Knabe von 12 Jahren, die anderen Mädchen, das jüngste 4½ Jahre alt; beim 5. Kinde, einem 2jährigen Mädchen waren nur Tachycardie und beschleunigte Respiration zu constatieren.
(Philadelphia Medic. Journ. 11. VI. 98. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 Nr. 40.)

12) **2 Morphiumvergiftungen bei Kindern** erlebte Hirschberg. Durch Verwechslung in der Apotheke erhielten 2 Kinder (3 resp. ¾ Jahre alt) 0,02 resp. 0,015 g Morphium per os. Trotz der grossen Dosis und trotz langen Ausbleibens ärztlicher Hilfe (1 Stunde) beidemale Genesung. Therapie: Magenausspülung, kalte Uebergiessungen, schwarzer Kaffee, Essigklysmen. (Die Heilkunde, October 1898.)

13) **Eine Antipyrinvergiftung bei einem 8 Monate alten Kinde** beschreibt Lederer. Durch den Vater erhielt das Kind 0.5 Antipyrin. Nach ½ Stunde fand L. dasselbe stark collabiert, fast pulslos. Starker schwarzer Kaffee, schliesslich 0,05 Calomel bis zur Wirkung. Nach einigen Stunden Besserung, allmählig Heilung. (Ibidem.)

14) **Besondere Vorsicht bei der Anwendung von Carbol in der Kinderpraxis:** Dazu mahnt wieder Comby, der bei einem 5jährigen an Otitis media leidenden Kinde schwere Haematurie sich entwickeln sah, nachdem 6mal des Tages Ausspülungen des Ohres mit 1½ proc. Carbollösung gemacht waren und man nach der letzten Ausspülung 5 Tropfen Carbolglycerin ins Ohr geträufelt hatte (ausserdem wurde das Ohr noch in Carbolwasser gebadet); dies wurde 10 Tage lang gemacht
(Soc. méd. d. hop. de Paris, 8. VII. 98. — Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 45.)

15) **5 Fälle von durch Pneumokokken erzeugter Angina** sahen A. und V. Vedel. 3mal handelte es sich um die erythematöse Form, die Pat. waren nach 7—8 Tagen genesen, 2mal aber bestand pseudomembranöse Angina, die Pat. machten von vornherein den Eindruck einer schweren Infection, alle therapeutischen Massnahmen (auch Diphtherieserum) blieben erfolglos, es trat Exitus ein. (Montpellier méd. 1898 No. 29. — Ibidem.)

16) **Die Therapie der Dysenterie** bei Kindern rät Z. Blindreich (Wolmar), der eine grosse Epidemie durchmachte, folgendermassen zu lenken. Neben hygienisch-diätetischen Anordnungen (auf den Leib fortdauernd Wärme!) beginne man die Kur mit Calomel in grösseren Dosen und gehe dann sofort zu Bismuth. salicyl. über, dem man zweckmässig Plumb. acetic. und Opium zusetzt:

Rp. Decoct. Salep. 100,0
Bismuth. salicyl. 3.0
Plumb. acetic. 0,03
Tct. theb. gtt. X.
S. Gut umgeschüttelt, 2stdl. 1 Theelöffel.

Daneben Klystiere mit Acid. tannic. und einigen Tropfen Tinct. theb. (St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 43.)

17) **Eine Taenia mediocanellata bei einem noch nicht ganz 7 Wochen alten Kinde** fand Dr. Wolff (Neunkirchen); der Vater desselben brachte ein 20 cm langes Stück mit. Das Kind wurde von der Mutter gestillt und bekam keine andere Nahrung; die übrige Familie war taenienfrei.
(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

18) **Zur Casuistik der Ectopia ventriculi** führt W. Weber folgenden Fall an: Bei einem 3jähr. Knaben fand sich unterhalb des Nabels intraperitoneal eine cystische Geschwulst, welche mit einem Fistelgang am Nabel ausmündete und vollkommen den Bau der Magenwand aufwies; die Cyste wurde durch Laparotomie entfernt, und der Knabe konnte nach einigen Wochen geheilt entlassen werden. Bezüglich der Entstehungsweise der

Digitized by Google

Cyste neigt W. der Auffassung zu, nach der es sich um Persistenz des Ductus omphalomeseraicus handelt, bei welcher die Abschnürung vor Eintritt der Gallenabsonderung erfolgte. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXII Heft 2.)

19) **Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nasenhöhle sich sträubender Kinder** gelingt nach Dr. G. Bieser leicht auf folgende Weise: Das Kind wird in die gewöhnliche Lage für Intubation gebracht, während der Assistent mit seiner Hand des Kindes Mund dicht verschliesst; das Ende eines Kautschuckröhrchens wird dicht in das nicht den Fremdkörper enthaltende Nasenloch eingeführt, das andere Ende nimmt der Operateur in den Mund, bläst dann plötzlich und kräftig in das Nasenloch und entfernt so den Körper.
(Med. Record 1898, Octob. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 21.)

20) **Ueber Urethralprolaps beim weiblichen Geschlecht** berichtet Dr. B. Singer (Wien, Klinik Chrobak). Schon Kleinwächter hat, gestützt auf 100 Fälle, behauptet, dass mehr als die Hälfte aller Erkrankungen Kinder betreffen. Das bestätigt Singer, der weitere 44 Fälle in Betrachtung zieht. In der Aetiologie spielt die Hauptrolle Einführung von Fremdkörpern (Steine, Knöpfe etc.) in die Harnröhre; diese verursachen durch den auf die Schleimhaut fortgesetzten Reiz eine immer stärkere Schwellung und schliesslich einen Vorfall. Als unterstützende oder die Gelegenheitsursache abgebende Momente sind starke Anwendung der Bauchpresse (Husten, Obstipation), abnorme Weite der Harnröhre und Entzündungen der Schleimhaut zu bezeichnen.
(Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäk. 1898 Bd. 8, Heft 4.)

21) **Eine operative Behandlung des Laryngospasmus** hat Dr. K. Hugel (Bad Münster) mehrfach mit bestem Erfolg durchgeführt, nämlich eine Kürzung der zu langen Uvula. Es giebt mit hartnäckigem Stimmritzenkrampf behaftete Kinder, bei denen man keine andere Aetiologie eruieren kann, als eine vergrösserte Uvula, und wenn man diese verkürzt (meist ist bloss Abtragung von einigen Millimetern nötig), so gelingt es, Heilung herbeizuführen. Der Eingriff ist harmlos, die Wunde heilt in wenigen Tagen glatt ab. Ob es sich um einfach hypertrophische oder entzündlich geschwollene Uvula handelt, ist gleichgültig.
(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

22) **Zur Technik der subcutanen Injection** giebt Dr. Rud. Weil (Berlin) einen kleinen Kunstgriff an, mittelst dessen die Einstichschmerzen ganz vermieden werden können, was besonders bei Kindern von Bedeutung ist. Während nämlich meistens die Nadel durch die Haut gestochen oder gebohrt wird, sucht Autor die Spitze derselben durch die Cutis hindurch zu schnellen. Er fasst eine starke Hautfalte und drückt dieselbe absichtlich zwischen Zeigefinger und Daumen der linken Hand fest zusammen. Dann fasst er die geladene Spritze wie eine Schreibfeder am unteren Ende der Glascanüle und jagt die Spitze durch eine schnellende Bewegung im Handgelenk (der Arm bleibe vollständig in Ruhe!) durch die dicke Haut hindurch. So wird der Stich meist nicht empfunden. Das Verfahren eignet sich natürlich nur für Körperteile, wo starke Hautfalten zu bilden sind, nicht also für Gesicht, Finger etc. mit ihrem straffen Zellgewebe. (Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 91.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

1) **Die Masturbation**, eine Monographie für Aerzte und Pädagogen nennt sich ein neu erschienenes (Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung. H. Kornfeld) Werk von Dr. H. Rohleder (320 S. Preis M. 6), welches schon deshalb besondere Beachtung verdient, weil eine Monographie über die Onanie schon lange Zeit nicht mehr in Deutschland erschienen ist. Aber auch das Buch an und für sich beansprucht unser Interesse und verdient gelesen zu werden, besonders von Kinderärzten, die ja bei der Verbreitung der Masturbation im jugendlichen Alter, wie sie leider besteht, hier vielfach Gelegenheit haben werden, ihre Kenntnisse zu verwerten, und denen die ungemein wichtige und verantwortliche Aufgabe obliegt, das Laster im Keim zu ersticken resp. ihm überhaupt vor-

Digitized by Google

zubeugen. Rohleder hat es verstanden, das heikle Thema in streng wissenschaftlicher Form zu bearbeiten, er hat den Stoff übersichtlich geordnet und bis in die kleinsten Details hinein beleuchtet, sodass der Leser von allem irgendwie Wissenswerten unterrichtet wird. Einzelne Wiederholungen, die uns begegneten, wird der Verfasser bei einer Neuauflage zu vermeiden suchen müssen.

2) Von Dr. A. Liebmann's **Vorlesungen über Sprachstörungen** (Berlin, O. Coblentz) ist Heft 3 erschienen (Preis M. 1,20) enthaltend eine Abhandlung über „Hörstummheit". Auf 58 S. erörtert der Autor in verständlicher Form, auf seine reichen Erfahrungen sich stützend, das Thema nach allen Seiten hin und liefert ein erschöpfendes Bild der in Betracht kommenden Zustände.

3) Prof. Baginsky's bekanntes Werk „**Handbuch der Schulhygiene**" liegt in 3. Auflage vor (Verlag von F. Enke, Stuttgart), wenigstens was den 1. Band betrifft (Preis M. 16), welcher sich mit dem Schulgebäude und seiner Einrichtung beschäftigt. Baginsky's Werk ist so bekannt und in Fachkreisen geschätzt, dass es besonderer empfehlender Worte nicht bedarf. Der Autor wurde bei dieser Neuauflage unterstützt von O. Janke, einem Berliner Lehrer, der auf diesem Gebiete ebenfalls reiche Erfahrungen hat, die er bereits öfters litterarisch verwertete. Das Buch steht selbstverständlich auf der Höhe der Zeit, alles Neue, was des Wissens wert erschien, wurde im Text und bei den Illustrationen berücksichtigt. Letztere sind in dem Bande ausserordentlich zahlreich vertreten (238), sodass man alles Wichtige vor Augen bekommt.

4) Von Villaret's **Handwörterbuch der Gesamten Medicin** (2. Auflage, Verlag v. F. Enke, Stuttgart) sind die Lieferungen 7—11 (à M. 2) erschienen, enthaltend die Stichworte „Diffusionsfähigkeit" bis „Gelenkverletzungen". Auch in diesen Lieferungen treten die Vorzüge des beliebten Werkes, vor allem die Vollständigkeit des Inhalts, die Knappheit und Klarheit der Darstellung, die moderne Auffassung der Themata etc., wieder klar zu Tage und sie werden sicher dem prächtigen Nachschlagewerke wieder neue Freunde erwerben.

5) Der von Eichholz und Sonnenberger redigierte **Kalender für Frauen- und Kinderärzte** (Kreuznach, Ferd. Harrach), der heuer zum 3. Male erscheint, erweist sich wieder als sehr handlich und brauchbar. Von wissenschaftlichen Arbeiten, die er enthält, erwähnen wir: „Die Sprachstörungen der Kinder" von Dr. A. Liebmann, „Zur Kenntnis des Typhus abdom. im Kindesalter" von Dr. Schmey, „Die gebräuchlichsten Heilmittel der Frauen- und Kinderpraxis" v. Dr. Kühler.

6) **Das Versehen der Frauen in Vergangenheit und Gegenwart** nennt sich ein Werkchen von G. v. Welsenburg (180 S. Verlag von H. Barsdorf, Leipzig), worin zum 1. Male das hochinteressante Thema auf breiter wissenschaftlicher Basis beleuchtet wird. Der Verfasser stellt in lückenloser Weise die geschichtliche Entwickelung der Lehre vom Versehen dar, geht auf interessante Episoden besonders ein und führt uns so bis an die Gegenwart. deren Ansichten für und gegen den Glauben ans Versehen wiedergegeben und kritisch gewürdigt werden. Es ergeben sich da höchst bemerkenswerte Punkte, die der Autor mit vielem Geschick litterarisch verwertet. Das Buch liest sich sehr hübsch und dürfte alle, die sich für den Stoff interessieren, durchaus befriedigen.

7) Der **31. Bericht über das Jenner'sche Kinderspital in Bern,** herausgegeben von Prof. Dr. Stooss (Bern, Schmidt & Franke) bringt wieder eine Fülle interessanter pädiatrischer Aufsätze (so über „Aetiologie der Chorea minor", „Pneumokokkengrippe", „Behaarter Polyp des Rachens", „eine Rubeolenepidemie" u. A.), deren Lectüre jedem Praktiker warm zu empfehlen ist.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. 1. März 1899. No. 3.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

3) Ueber die Verwendung der Lidspaltenerweiterung bei den Augenentzündungen der Kinder.

Aus der kgl. Universitäts-Augenklinik [Prof. Dr. Eversbusch] in Erlangen.

Von

Dr. J. Ettinger, Volontär-Arzt
aus Warschau.

Wenn es auch in vielen Fällen dem Arzte gelingt durch entsprechende arzneiliche örtliche oder eine allgemeine bezw. diätetisch-hydriatische Behandlung den Verlauf der, das Kindesalter bis zu einem gewissen Grade kennzeichnenden Augenentzündungen: vor allem der Conj.-keratitis phlyctaenulosa (Conj. lymphatica s. scrophulosa-Arlt, eczematosa-

Digitized by Google

Horner, Herpes conjunctivae-Stellwag) günstig zu beeinflussen und in selbst schwerer gelagerten Fällen noch einen mehr oder weniger befriedigenden Ausgang zu erzielen, so giebt es doch leider Fälle genug, die sich von vornherein bösartig erweisen, sei es dass die Erkrankung schon bei ihrem ersten Auftreten sich unter dem Bilde eines über die Hornhaut sich weiter verbreitenden Geschwüres einstellt, — sei es dass das Kind, wenn auch von der Augenerkrankung genesen, doch über kurz oder lang von einem Rückfalle heimgesucht wird.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei diesen Rückfällen für weitaus die meisten Fälle verantwortlich gemacht werden müssen die mangelhafte Beachtung der Schutzmaassregeln örtlicher und allgemeiner Natur (peinliche Sauberkeit des Körpers, Abhärtung desselben; ungenügende Lüftung der Schlaf- und Wohnräume u. s. w.), als auch die Thatsache, dass die ärztlicherseits verordnete, für längere Zeit fortzusetzende Desinfektion des Bindehautsackes durch Einstäubungen von Calomel, in der Regel schon nach kurzer Zeit unterlassen wird, erfahrungsgemäss meist in dem Augenblicke, wo das vorher stark gerötete Auge wieder blass erscheint. Selbst die beim Ausbruch des Rückfalles nachdrücklichst wiederholte Betonung der Wichtigkeit gerade dieses Teiles der vorbeugenden Maassnahmen pflegte, wenigstens hier zu Lande, nicht nur bei den Aermeren, nicht beachtet werden.

Die Vorhersage der sogenannten scroph. Ophth. kann somit nur als „bedingt günstig“ in dem Sinne betrachtet werden, dass das Augenlicht der Erkrankten selbst bei tiefgreifenden Geschwüren der Cornea verhältnismässig selten gänzlich verloren geht vermöge der dem jugendlichen Körper im erhöhtem Maasse zukommenden Widerstandsfähigkeit, bezw. vermöge der in höherem Maasse vorhandenen Fähigkeit der Gewebe des Auges in specie seines vorderen Abschnittes krankmachende Schädlichkeiten zu überwinden.

Andererseits legen jedoch die immer wiederkehrenden Rückfälle den Grund zu stärkerer Beeinträchtigung des Sehvermögens, die noch dadurch eine Steigerung zu erfahren pflegt, dass sich in Augen mit ausgedehnten Trübungen besonders der Hornhautmitte, und zwar nicht so selten auch ohne stärkere Benützung des Auges zur Nahearbeit im Laufe der Zeit höhergradige Myopie mit den bekannten verderblichen Veränderungen des Augenhintergrundes einstellt. Auf solche Weise tragen die betroffenen Personen eine dauernde Schädigung ihrer Erwerbsfähigkeit davon, infolgedessen sie in volkswirtschaftlicher Beziehung von vornherein hinter ihren Altersgenossen zurückbleiben.

Das Gesagte rechtfertigt es hinreichend, wenn der menschenfreundliche Arzt mehr und mehr darauf Bedacht nimmt der Wiederkehr dieser Augenerkrankung entgegenzutreten durch Mittel, die in seiner Hand liegen.

Ein solches ist nach den Erfahrungen unserer Anstalt, die in Bezug auf das vielgestaltige Bild der scrophul. Ophth. über ein ungewöhnlich grosses Beobachtungsmaterial verfügt, — die Lidspaltenerweiterung, ein Eingriff, der trotz der Empfehlung hervorragender Fachmänner. von denen wir aus neuerer Zeit nur Biedert, Czermak, Fuchs, Meyer und v. Wecker nennen wollen, bei den Kinder-Aerzten doch nicht den Eingang gefunden zu haben scheint, als er es verdient.

Digitized by Google

Nicht wenig dürfte daran der Umstand Schuld tragen, dass es sich um einen ophthalmo-chirurgischen Eingriff handelt, der eben darum vielleicht nicht wenigen Collegen als ein specialistischer erscheint. Es mag weiterhin das Moment hinderlich sein, dass die kleine Operation selbst trotz ihrer relativen Geringfügigkeit äusserlich als ein im höheren Grade blutiger Eingriff erscheint, der zumal bei messerscheuen Collegen umsomehr den Eindruck eines „noli me tangere“ erwecken wird, da er sich ausserdem unweit des Augapfels selbst abspielt. Endlich ist auch wohl (was bei ergiebigerer Schnittführung gelegentlich eintritt), ein Herausdrängen von Orbitalfettzellgewebe geeignet die Vorstellung eines complicierten Wundeingriffes bei ängstlichen Gemütern noch zu erhöhen.

Als thatsächlich erschwerender Umstand kommt, namentlich bei jüngeren Kindern, die Notwendigkeit in Betracht, die Narkose einzuleiten. Zwar wurde auch in der Erlanger Augenklinik mehrfach neben Einträufelungen von mehreren Tropfen Cocain in den Bindehautsack subcutan in und um die temporale Lidcommissur die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie angewendet; jedoch empfiehlt sich dies Verfahren nicht zur Wiederholung, da die dabei eintretende Quellung des Gewebes der Beurteilung der in jedem einzelnen Falle wechselnden Längenausdehnung des Lidspaltenschnittes hinderlich ist. Sodann ist auch die den zweiten Akt der Operation bildende Anlegung der Nähte nicht unerheblich erschwert durch die mehr oder weniger sulzige Infiltration des Gewebes.

Demgemäss erscheint uns für die Ausführung der Operation in der Spital- wie in der Haus-Praxis die Hinzuziehung eines die Narkose überwachenden Collegen oder mindestens einer mit der Narkose und deren Zufällen vertrauten anderen Hilfskraft dringend wünschenswert.

Besonders auffällig ist, wie auch von den erwähnten Fachleuten hervorgehoben wird, der Erfolg in den Fällen, die das Zeichen eines mehr oder minder ausgesprochenen Lidkrampfes darbieten. Aber auch bei Fehlen desselben erweist sich der Eingriff als äusserst segensreich und kann Rückfälle endgiltig abschneiden, wenn anders die Lidspalte schon durch die vorausgegangenen Bindehaut-Hornhaut-Erkrankungen und infolge der dadurch veranlassten Maceration der Lidhaut, eine narbige Schrumpfung der Lidhaut in der Lidwinkelgegend und eine Verengerung erlitten hatte. Dabei braucht letztere nicht einmal besonders hochgradig zu sein, sondern auch ganz geringgradige Verlagerung des temporalen Lidwinkels gegen die nasale Commissur bildet nicht selten eine Veranlassung zur Entstehung bezw. Steigerung catarrhalischer Reizerscheinungen der Bindehaut.

Es ist dieser nachteilige Einfluss auch ganz begreiflich, da einesteils infolge der Verengerung der Lidspalte die Verdunstung des physiologischen Bindehaut-Sekrets in geringerem Maasse als normal stattfindet, somit der reizende Einfluss desselben in höheren Grade zur Entfaltung kommen kann. — Andererseits ist die Haut an dem verlagerten äusseren Lidwinkel infolge ihrer schwielig-narbigen Beschaffenheit in noch höherem Grade einer Macercation ausgesetzt. Jede wunde Stelle am Lidrand bedingt aber mehr oder weniger das Gefühl des Brennens und Juckens, was die kleinen Kranken zu der nachteiligen Gewohnheit verführt, den schon vorhandenen Reizzustand

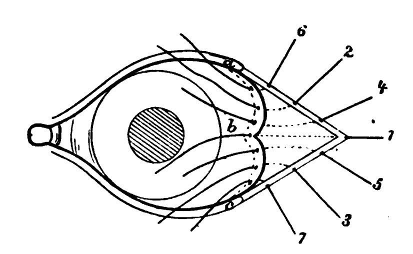
Digitized by Google

der Bindehaut zu steigern durch Reiben mit den eine Infectionsquelle *κατ' ἐξοχὴν* darstellenden Fingern und Händen.

Zum Gelingen des Erfolges ist unerlässlich eine richtige bezw. durchaus aseptische Ausführung des Eingriffs, nicht minder eine regelrechte Durchführung der Heilung der durch ihn gesetzten Wunden in der Gegend des temporalen Lidwinkels.

In dieser Hinsicht legt Prof. Eversbusch einen sehr grossen Nachdruck darauf, dass 1. der die Operation einleitende Einschnitt in den äusseren Lidwinkel nicht zu klein bemessen wird; 2. dass entsprechend der Ausdehnung des Hautschnittes auch die tiefer liegenden Gewebsschichten bis aufs Periost der Vorderfläche des proc. front. ossis zygomatici hin in gleicher Ausdehnung zum Klaffen gebracht werden. Es verschlägt dabei nichts, wenn hierbei vielleicht auch einmal eine kleine Fensterung des vorderen Orbital-Septum's stattfindet, da diese kleine Zufälligkeit, immer absolut aseptisches Operieren vorausgesetzt, nicht gefährlich ist und auch keine Abtragung von etwa vorgefallenem Fettgewebe notwendig macht; 3. muss eine tadellose prima reunio erzielt werden, was Prof. Eversbusch dadurch erreicht, dass die Vernähung der Wunde möglichst genau und möglichst dicht derart durchgeführt wird, dass Haut und Schleimhaut schliesslich an allen Stellen ganz genau aneinander liegen und vor allem jede Faltenbildung von Haut und Schleimhaut besonders an den dem Intermarginalsaum benachbarten Partieen des Ober- und Unterlides vermieden bleibt.

Diesen Forderungen kann nur Genüge geleistet werden, indem man auch die Bindehautschleimhaut, wenn sie irgendwie mit der Unterlage verklebt bezw. stärker verwachsen ist, — was namentlich in verschleppten oder chronisch-recidivierenden Fällen vorzukommen pflegt, — hinreichend locker macht. Nicht minder wichtig ist es, die einzelnen Nähte in genau dem gleichen Abstande voneinander an-



Schema der Vernähung der Canthoplastik abc-Linie bis zu welcher die Conj. bulbi unterminiert ist; die Zahlen bedeuten die Reihenfolge, in der die Nähte angelegt werden.

zulegen. Das erreicht man am besten, wenn man nach Anlegung der ersten durch die Mitte der Wunde gehenden Naht (vgl. Abb. bei 1) jeweilig nach oben und nach unten im Halbierungspunkte der verbleibenden Wundlinie nähend vorgeht, also am zweckmässigsten in der Art, wie es die nebenstehende Zeichnung versinnlicht. [2, 3, 4, 5, 6, 7 u. s. w.]

Demgemäss vollzieht sich der operative Eingriff in folg. Weise: „Der zu Häupten des Kindes sitzende Operateur schiebt mit dem

Digitized by Google

Daumen und dem Zeigefinger der rechten Hand die Hautfalte an der temporalen Lidkommissur, soweit als es ohne besondere Anspannung möglich ist, über die Lidspalte nasenwärts hinüber. Alsdann wird eine kleinere, horizontal aber mit kräftigen Blättern versehene und an dem einen Ende abgestumpfte gerade Schere halbgeöffnet in die Lidspalte geführt und gegen den äusseren Lidwinkel vorgeschoben, bis das stumpfe Blatt an der äusseren Orbitalwand anstösst. Sodann wird die Schere an dieser Stelle als an einem Stützpunkte so weit nach aussen aufgerichtet, dass sie fast gerade mit ihren Schneiden nach hinten sieht und nunmehr die zwischen denselben befindliche Schleimhaut und Haut horizontal durchtrennt. Oefters kommt es hierbei vor, dass nur die Hautschichten durchschnitten werden. Alsdann präpariere man mit der Schere oder noch besser mit einem gebauchten kleineren Skalpell auch noch die nicht durchtrennten Gewebsschichten ab, bis das Periost frei zu Tage liegt. Nunmehr vernäht man die klaffende Wunde, indem man zuerst die Augapfelbindehaut an der der Lidspalte entsprechenden Stelle mit einer feineren gekrümmten Nadel nahe dem Wundrande durchsticht, sodann die Sutur an der ihr gegenüberliegenden Mitte der Hautwunde hinausführt und unter langsam wachsender Spannung schliesst. Zeigt sich hierbei, dass der temporale Teil der Conjunctiva sclerae etwas stark gespannt wird, so lockere man die Naht und löse die Bindehaut mit einer kleinen nach der Fläche gebogenen Schere nach oben und unten gegen den Ansatz des oberen und unteren geraden Augenmuskels, geradeaus gegen den temporalen Hornhautrand zu von ihrer Unterlage so weit ab, dass sie in dem ganzen temporalen Bezirke gelockert ist. Es empfiehlt sich, diesen Akt der Operation, der in der Regel nur bei den sehr ausgebildeten Formen der Blepharophimosis nötig wird, besonders sorgfältig auszuführen, vor allem auch jede unnötige Quetschung, nicht minder jede Fensterung der Bindehaut zu vermeiden. Ich fasse daher die Bindehaut an dem bereits durchgestochenen Faden, diesen sanft nach vorne ziehend, und richte die Schere mit ihrer concaven Fläche anfangs gerade nach hinten und gehe, mit kurzen Scherenschlägen die Bindehaut unterminierend, erst allmählich mehr und mehr in eine frontale Richtung über. Gelegentlich wird die Abpräparierung erschwert durch eine aus den subconjunctivalen Gefässen erfolgende Blutung. Sie hat indessen keine weitere Bedeutung, da sie entweder gleich oder nach Schluss der Commissurennaht steht. Man nimmt vor allem zur Erzielung eines glatten Lidwinkels sorgfältig darauf Bedacht, dass Haut und Schleimhaut genau aneinander zu liegen kommen. In der gleichen Weise, wie vorher beschrieben, werden nach oben und unten je nach Bedürfnis weitere 3—4 Nähte angelegt. Wichtig ist ferner, dass Haut- und Schleimhautwunde, die ja ungleich lang sind, so miteinander vereinigt werden, dass keine Falten- oder Wulstbildung entsteht. Das erreicht man am besten, wenn man zunächst genau in der Mitte zwischen der ersten Naht und dem oberen bezw. unteren Wundwinkel die zweite und dritte Nadel anlegt. In der gleichen Weise legt man die weiteren Nähte je in der Mitte zwischen dem Wundwinkel und der nächsten Naht bezw. zwischen zwei nachbarlichen Nähten an." [Eversbusch im Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, Penzoldt u. Stintzing, II. Aufl. Bd. II S. 299].

Für die mit starker Stauung in den Lidern verknüpften Fälle ist

Digitized by Google

es auch nicht unwichtig, — wenn anders es sich nicht um sehr anämische Kinder handelt, — die aus den angeschnittenen Lidgefässen erfolgende Blutung für einige Sekunden fortdauern zu lassen. Dies erreicht man am leichtesten dadurch, dass der zu Häupten des Kindes sitzende Operateur (in dieser Stellung vollzieht sich der Eingriff am bequemsten) die Wundränder mit dem Daumen und Zeigefinger — rechts der rechten, links der linken Hand soweit als möglich zum Klaffen bringt.

Ferner vermeidet Prof. Eversbusch bei der Vernähung jegliche stärkere Quetschung der Lid- und Bindehautwunde, wie solche bei Anwendung selbst feinerer Pincetten unvermeidlich ist. Er näht daher alles ohne irgendwie die Pincetten zu benützen und bewirkt die Weiterführung der Nadeln zur Ausstichstelle gegebenen Falles dadurch, dass er die betreffende Nadel nicht mit den Fingern sondern mit dem Nadelhalter fasst und nun an der betreffenden Stelle durchsticht. Ebenso empfiehlt sich bei der ersten Naht (die der Lidspalte entsprechend durch die Mitte der Wunde angelegt und am stärksten gespannt wird) Ein- und Ausstichstelle wegen der gelegentlich morschbrüchigen Beschaffenheit von Haut und Schleimhaut etwas weiter vom Wundrande der Haut bezw. Schleimhaut anzulegen.

Als Nähmaterial ist gut sterilisierte Seide am empfehlenswertesten. Prof. Eversbusch findet es dabei ratsam, abgesehen von der ersten Naht (die allein von allen in Betracht kommenden einer nennenswerten Spannung ausgesetzt wird), alle anderen etwas lockerer zu knüpfen, denn das Ergebnis des Wundeingriffes gestaltet sich um so befriedigender, je mehr sich die Möglichkeit eröffnet, dass sich die Nähte später von selber lösen. Auch ist zu beachten, dass man es zumeist mit ängstlichen oder ungeberdigen Kindern zu thun hat, so dass bei noch so vorsichtiger Lösung der Nähte mittelst feiner Pincette und Schere fast immer an der einen oder anderen Stelle eine Zerrung ev. Auftrennung der Wunde unvermeidlich ist. Thatsächlich lässt sich auch bei diesem kleinen Eingriffe die Erfahrung der Chirurgie bestätigen, dass aseptische Nähte beliebig lange Zeit liegen bleiben können und durchaus reizlos vom lebenden Gewebe vertragen werden.

Einen grossen Wert bezüglich der Nachbehandlung legt Prof. Eversbusch darauf dass das erkrankte Auge bezw. der Bindehautsack desselben, der ja fast immer geschwürige Veränderungen darbietet, womöglich fortdauernd steril erhalten wird. Das wird bei geschwürigen Processen der Cornea sowohl, als auch bei phlyktänulären Eruptionen der Bindehaut am einfachsten dadurch erreicht, dass alltäglich abends in den unteren Teil des Bindehautsackes ohne irgendwelche massierende Verreibung mit einem aseptischen Glasstab tadellos zubereitete und einwandsfrei beschaffene gelbe Salbe erbsengross eingestrichen wird.

Die Verklebung der Lidspalte, die zumal in ihrem temporalen Abschnitt — in der Wundregion — in den folgenden Tagen stärker hervorzutreten pflegt, verhütet man am zweckmässigsten durch Auflegen entsprechend grosser Borlintläppchen — sie sollen eben nur das Wundgebiet bedecken —, deren glatte der Wunde aufzulegende Seite mit Boricinsalbe (Acidi borici, Boracis āā 0,5; Vaselini americ.

Digitized by Google

Marke Chesebrough 10,0) bestrichen wird. Auch die Läppchen werden täglich gewechselt, am besten morgens und abends.

Die Anlegung eines eigentlichen Verbandes ist sowohl wegen der leicht eintretenden Ueberhitzung des Bindehautsackes, als auch wegen der dadurch leicht veranlassten Zunahme der Lichtscheu nach unseren Beobachtungen nicht ratsam. Auch wird dadurch die dem Wundeingriff zunächst folgende stärkere ödematöse Schwellung der Lider leicht vermehrt.

Vielmehr ist es am zweckmässigsten, die Augen im übrigen unbedeckt zu lassen und der reactiven Rötung und Schwellung der Lider entgegenzutreten durch zeitweises Auflegen von hydrophilen Verbandstoffläppchen, die leicht mit einer 3 proc. Boricinlösung (Acidi borici, Boracis āā 3,0; Aq. dest. 150,0) benetzt, und alltäglich je nachdem 2—5 mal täglich 10 Minuten lang, ab und zu sie wechselnd, angewendet werden.

Um auch von Seiten der kleinen Kranken jegliche mechanische Reizung der Wunde hintanzuhalten, empfiehlt sich bis zur vollkommenen Ausheilung derselben (8—14 Tage) die Ruhigstellung der oberen Gliedmaassen durch Pappärmel bezw. leichte Armbandagen.[1]) [Vgl. Eversbusch, Behandlung der bei Infectionskrankheiten vorkommen den Erkrankungen des Auges in Bd. I des Handb. der Therapie von Penzoldt & Stintzing, S. 552].

Unerlässlich ist endlich, das Bett des operierten Kindes so zu stellen, dass ein grellerer Lichteinfall vermieden wird, also womöglich nach Norden hin; ist dass nicht möglich, so mache man das Zimmer mässig dunkel, trage aber Sorge für genügende Zufuhr von frischer Luft bei Tag und Nacht durch Oeffnen eines Fensterflügels im Schlafzimmer selbst in der wärmeren Jahreszeit bezw. durch Offenlassen der Ofenthür, — in der kälteren Jahreszeit durch Zufuhr frischer Luft vom Nachbarraume aus. Nur bei sehr hohen Graden von Lichtscheu kann eine Milderung derselben durch zeitweises Einträufeln von Cocain-Morphin (Morph. hydrochl. 0,02; Cocaini hydrochl. 0,3; Acidi borici 0,5; Aq. dest. 10,0) nach dem Erwachen und vor dem Schlafen in Frage kommen.

Im allgemeinen aber ist eine exspectative Behandlung während dieser Zeit am besten, ausgenommen etwa vorhandene katarrhalisch-geschwürige bezw. eczematöse Processe der Nase und der nachbarlichen Hautteile. Aber auch bezüglich dieser ist in diesem Zeitpunkte vor eingreifenden, die Kinder aufregenden und zum Weinen veranlassenden Maassnahmen besser Abstand zu nehmen, und ist lediglich eine symptomatische Behandlung durch milde Salben (weisse Präcipitatsalbe, Byrolin) am Platze.

Die vorzügliche Wirkung der in ihrer Art einfachen und in ihren Erfolgen, wenn anders auch die Nachbehandlung in schonender Weise stattfand, günstigen kleinen Encheirese beruht vor allem auf der Ausschaltung des Blepharospasmus, nicht weniger auf der Verminderung des Druckes, den die Lider auf den Augapfel, insbesondere auf die Hornhaut, ausüben, nicht minder aber auch darauf, dass jegliche Sekretstauung beseitigt wird; endlich auch auf der Beseitigung der durch letztere veranlassten Reizbarkeit der erkrankten Augen, — eines

[1]) Bezugsquelle: Medicinisches Warenhaus, Berlin, Friedrichstr. 108 I.

Digitized by Google

Umstandes, der unter den Ursachen des Blepharospasmus ganz vornehmlich in Betracht kommt, mit einem Worte: der Grund des heilsamen Erfolges der Lidspaltenerweiterung liegt in der Beseitigung eines schädlichen circulus vitiosus vielgestaltiger Art.

Erlangen, 30. December 1898.

II. Referate.

41) **H. Pfister.** Ueber das Verhalten der Pupille und einiger Reflexe am Auge im Säuglings- und frühen Kindesalter.
(Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.)
(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1898 Bd. 26, Heft 1/2.)

Pf. stellte über diese Punkte genaue Untersuchungen an, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

I. Die durchschnittliche Pupillenweite nimmt vom 1. Lebensmonat an ständig zu, anfangs rascher, später immer langsamer. Schon im 3.—6. Lebensjahr beträgt die Mittelweite ungefähr das Doppelte des 1. Monats. Den Durchschnittswerten der Pupillengrösse der Erwachsenen tritt die kindliche Pupille bereits im 3. bis 6. Lebensjahr nahe. Eine Differenz der mittleren Pupillengrösse zwischen den beiden Geschlechtern besteht nicht. Ein gleichmässiger nachweisbarer Einfluss von Krankheiten des Respirations- und Intestinaltractus auf die Pupillengrösse lässt sich nicht constatieren.

II. Die mittlere Reactionsamplitude der Pupille (bei abwechselnder Beschattung und Belichtung) nimmt vom 1. Lebensmonat ebenfalls ständig zu, aber langsamer als die durchschnittliche Weite der Pupille, und erreicht erst nach dem 6. Lebensjahre den doppelten Wert des 1. Monats. Die Mädchen zeigen fast auf allen Altersstufen einen etwas grösseren Mittelwert, als die Knaben. Ein gesetzmässiger Einfluss der genannten Krankheiten lässt sich auch hier nicht feststellen.

III. Hippus wurde nicht ganz in 1 % der Fälle beobachtet. Von den betreffenden 3 Kindern waren 2 ohne nachweisbare Erkrankung des Centralnervensystems, im 3. Falle war Hippus und später auftretende Gower'sche Reaction ein Symptom bei Hirnhautblutung und hämorrhagischer Encephalitis.

IV. Nächst dem Lichtreflex der Pupille ist der Cornealreflex der am frühesten und am regelmässigsten vorhandene der geprüften Reflexe. In 2. Linie kommt bezüglich der Constanz der Blinzelreflex, der in der 6.—8. Woche zuerst auftritt, vom 4. Monat aber ab stets vorhanden ist; ihm schliesst sich bezüglich des zeitlichen Auftretens die durch Hautreize hervorgerufene Pupillenerweiterung an, welche gegen das Ende des 2. Monats in ca. 20 % auftrat, im 2. Quartal des 1. Jahres rasch an Häufigkeit zunahm (87 %), um nach demselben wieder erheblich abzunehmen (40 %); zuletzt erscheint (nach der 10. Lebenswoche) die durch acustische Reize bewirkte Pupillendilatation, die auch procentisch am wenigsten häufig ist.

Digitized by Google

42) **Wickel.** Ein Fall von Hemianopsie nach Trauma.

(Aus der psychiatr. Klinik zu Tübingen.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 44.)

Fälle von Hemianopsie nach Affectionen der Occipitallappen des Gehirns sind zahlreich beobachtet worden. Meist handelte es sich um Tumor, Hämorrhagie, Aneurysma, Erweichung, Abscess, Porencephalie, welche, im Gebiete der Occipitallappen sich ausbildend, Hemianopsie hervorriefen. Auch das Trauma spielt in der Genese der Hemianopsie eine nicht unbeträchtliche Rolle, sei es, dass daran sich anschliessend eine Neubildung, ein Abscess zur Entwickelung kommt, sei es, dass direkt eine Läsion der Gehirnsubstanz gesetzt wird, ein Vorgang, welchen man mit einem Experiment am Lebenden verglichen hat.

Die grössere Anzahl der über Hemianopsie nach Affectionen der Occipitallappen mitgeteilten Fälle ist jedoch keine ganz reine, indem sehr häufig neben der Hemianopsie noch andere centrale Symptome, wie Aphasie, Hemiplegie etc., zum Teil im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehend, vorhanden waren. Auch bei der Hemianopsie nach Trauma ist die Zahl der anderweitigen cerebralen Erscheinungen je nach der Art und Gewalt des einwirkenden Traumas eine bald mehr bald weniger grosse. Verhältnismässig reine Fälle (Läsion der Occipitallappen-Hemianopsie) sind auch hier selten, weshalb W.'s Fall interessant erscheint, zumal derselbe bei den zahlreich bestehenden Erscheinungen von Seiten der Nn. optici an und für sich bemerkenswert ist.

11½ Jahre alter Knabe, aus vollkommen gesunder Familie stammend; 4 gesunde Geschwister. Die Geburt des Pat. war normal. Im Alter von 5 Monaten wurde er von einer Person spielend in die Höhe geworfen, entfiel dabei den Händen dieser Person und fiel mit dem Hinterhaupt aufschlagend eine aus Eichenholz bestehende, 14 Stufen hohe Treppe herab. Er blieb unten bewusstlos liegen und war 4–5 Tage ohne Bewusstsein. Der Kopf war besonders in seinem hinteren Teile verschwollen, zeigte einige Hautabschürfungen, jedoch keine grösseren Wunden. Als nach 8 Tagen die Schwellung zurückgegangen war, blieb am rechten Hinterkopf eine hühnereigrosse Geschwulst bestehen. Aus dieser wurde von einem Arzte ¾ Schoppen einer hellgelben, wässrigen Flüssigkeit entleert. Nunmehr wurde an ihrer Stelle eine ausgedehnte Lücke im Schädelknochen festgestellt. Nach 14 Tagen wurde die Geschwulst, welche sich bald wieder gefüllt hatte, abermals punctiert. Kurze Zeit später wurde eine 3. Punction nötig. Nach derselben blieb die Geschwulst definitiv weg.

Alsbald nach dem Sturze wurde bei dem Jungen „Schielen“ wahrgenommen. Die fernere Entwickelung des Knaben war eine völlig normale. Krampferscheinungen traten nicht auf; er lernte rechtzeitig gehen und sprechen, zeigte nichts Auffallendes in seinem Verhalten, war von heiterer Gemütsart. Krankheiten machte er nicht durch; doch stellten sich im Jahre 1894/95 (7.—8. Lebensjahr), besonders bei Witterungswechsel, für 2–3 Stunden, selbst für ½ Tag, heftige allgemeine Kopfschmerzen ein. Der Defect am Hinterkopf nahm im Laufe der Jahre an Ausdehnung etwas zu. Der Lehrer berichtet, dass ihm während des Unterrichts die unruhigen Bewegungen des Kopfes auffielen; auch an den Händen machten sich solche bemerkbar. Die geistigen Fähigkeiten waren bis zu Anfang des Jahres 1897 ziemlich normale.

Im Juni 1897 — im Alter von 10½ Jahren — stellte sich zum 1. Male ohne bekannte Ursache Schwindel im Kopf, Uebelsein ein. Dies wiederholte sich nun öfters. Es kam zu Bewusstseinsverlusten und schliesslich zu ausgesprochenen Krampfanfällen, wobei Pat. zu Boden fiel, Zuckungen in Armen und Beinen zeigte, die Augen verdrehte, blutigen Schaum vor den Mund brachte. Die Anfälle dauerten 5–8 Minuten; darnach Klagen über Kopfschmerz, Mattigkeit, oft 3–4-stündiger Schlaf. Die Anfälle traten zuerst alle 2–3 Tage, später häufiger und immer intensiver auf. Pat. wurde reizbarer, zeigte auffallende Abnahme der

Digitized by Google

geistigen Fähigkeiten; einige Male packte er plötzlich in der Schule die Bücher zusammen und wollte weg. Im October und November 1897 wurden die Anfälle noch häufiger; täglich kamen 3—4 schwere Attaquen, weshalb die Eltern Pat. nach Tübigen brachten.

Aufnahme in die chirurg. Klinik am 30. XI. 97. Es wurden täglich 1 bis mehrere Anfälle, schwere und leichtere, von der Dauer weniger Sekunden bis mehrerer Minuten beobachtet; sie begannen mit einem unartikulierten Schrei und boten typisch epileptischen Charakter. Die Pupillen waren dabei ad maximum dilatiert und starr bei Lichteinfall. Im Januar 1897 wurden die Anfälle bei Bromtherapie seltener. Im Februar 1898 waren die Anfälle sehr kurz, etwa alle 3 Tage einer. Am 26. II. traten 4, am 5. III. 5 schwere Anfälle auf. Am 12. III. 1898 Aufnahme in die psychiatr. Klinik.

Status praesens: 130 cm grosser, 32,7 kg schwerer, kräftiger Junge von gesundem Aussehen. Schädel länglich gestaltet; Horizontalumfang 54,2 cm, grösster Längsdurchmesser 19 cm, grösster Querdurchmesser 15 cm; Schädelindex 78,95. Auf dem Kopfe zerstreut mehrere flache, oberflächliche Narben von durchschnittlich Daumennagelgrösse (Folge der Anfälle!). Eine etwas grössere oberflächliche Narbe nahe dem hinteren Teile der Sagittallinie etwas nach rechts. 7 cm oberhalb der Protuberantia occipital. externa. Unter derselben sieht und fühlt man eine pulsierende Knochenlücke. Grösste Länge derselben 8, grösste Breite 4 cm; die Ränder sind gezackt, einzelne Zacken springen stärker vor; seine Verlaufsrichtung geht von oben links, 7 cm oberhalb der Protuberantia externa und 2 cm rechts von der Mittellinie, nach unten rechts. Die Lücke entspricht ihrer Lage nach den rechten oberen Quadranten der Hinterhauptsschuppe, ihrem Verlaufe nach der rechtsseitigen Lambdanaht. An der Stelle der grossen Breite der Lücke fühlt man eine daumennagelgrosse Knochenplatte unbeweglich, etwas tiefer, wie der übrige Knochen, anscheinend unter demselben hervorstehend. Mittelst Röntgenbild kann die beschriebene Ausdehnung der Lücke übersehen werden. Die mittelst Kymographion aufgenommene Pulsation entspricht der Pulskurve. Die Nähte des Schädels im Uebrigen fest geschlossen. Pupillen mittelweit, rund und gleich; Reaction auf Licht und Convergenz prompt und ausgiebig. Augenbewegungen vollkommen frei; es besteht Strabismus convergens concomitans links; das rechte Auge fixiert ausschliesslich. In den seitlichen Endstellungen Andeutung von Nystagmus. Auf dem linken Auge ausgesprochene Atrophia N. optici; besonders blass die nasale Partie. Rechts nur geringe Abblassung der Papille auf der temporalen Hälfte. Visus: R. = normal, L. = $^5/_{30}$. Gesichtsfeld auf beiden Augen für weiss und Farben gleichmässig eingeschränkt im Sinne einer linksseitigen homonymen Hemianopsie. Das Gesichtsfeld schneidet im Allgemeinen mit der Mittellinie ab; in der Nähe des Mittelpunkts überschreitet es rechts diesen etwas, links reicht es in jener Gegend nicht ganz an den Mittelpunkt heran. Vorgehaltene Gegenstände werden richtig halbiert. Sämtliche Gegenstände bezeichnet Pat. prompt, auch solche, welche man ihm bei geschlossenen Augen in die Hand giebt; er unterscheidet da sogar richtig zwischen einzelnen Münzen. Das Lesen geht gut; mit dem linken Auge allein sehr schlecht, es werden nur grössere Buchstaben erkannt. Beim Schreiben nähert er den Kopf stark der Tischplatte, hält ihn links von dem zu beschreibenden Papier und sieht scharf nach rechts, mit dem rechten Auge allein fixierend; das linke tritt dabei völlig in seine innere Endstellung. Die Schrift bietet nichts Besonderes. Perkussion des Schädels, Druck auf die pulsierende Stelle am Hinterhaupt nicht schmerzhaft. Letzterer, sowie elektrische Reizung von der betreffenden Stelle aus rufen keinerlei auffällige Erscheinungen von Seiten der Augen hervor. Beim Gehen und bei Bewegung unter anderen Leuten macht sich die Hemianopsie in keiner Weise besonders bemerkbar. Andere Nerven, überhaupt sonstiger Befund durchaus normal. — Wiederholte Aufnahmen des Gesichtsfeldes ergeben stets den gleichen Befund. Der Visus nahm während der Beobachtung auf dem linken Auge noch etwas ab. Das Körpergewicht stieg auf 35,8 kg. 2 mal trat ein schwerer epileptischer Anfall auf; dabei spontane Stuhlentleerung und blutiger Schaum vor dem Mund. Die Anfälle setzten Nachts im Schlafe ein ohne vorausgehende Erscheinungen und waren von Schlaf gefolgt, aus welchem Pat. munter und wohl erwachte. Urin nach den Anfällen ebenfalls frei von Eiweiss, Zucker und Aceton. Psychisch bestand für gewöhnlich ein heiteres, freundliches Wesen; kleine Anlässe genügten jedoch, den Pat. verstimmt zu machen, er begann zu weinen und zu schmollen. Es schien ihm Freude zu machen, andere besonders hilflose Pat. zu necken. Inbetreff der geistigen Fähigkeiten war ein erheblicher Grad von Schwäche vorhanden.

Digitized by Google

Als Ursache der Hemianopsie muss hier zweifellos das im Alter von 5 Monaten erlittene Trauma angesehen werden, das nicht nur einen ausgedehnten Defect des Schädelknochens, sondern offenbar auch eine nicht unbeträchtliche Läsion des Gehirns und seiner Häute bewirkte. Die erste Folge war eine Meningocele. Weiterhin erlitten zum mindesten die dem Knochendefect zunächst anlagernden Hirnpartien tiefgreifende Veränderungen. Die Lokalisation bietet keine Schwierigkeiten. Bei derartigen langen Schädeln findet man mit grosser Wahrscheinlichkeit den occipitopetalen Typus des Grosshirns, bei dem als mittelbarer Befund gilt, dass das auf die äussere Fläche der Hemisphäre übergreifende obere Ende der Fissura parieto-occipitalis in seiner Lage dem Lambda, d. h. der Spitze der Squama occipitalis entspricht. Da der Defect den oberen rechten Quadranten der Squama umfasst, also danach die Einwirkung des Traumas medialwärts und nach unten von dem oberen Ende der Fissura parieto-occipitalis fällt, so ist wohl hauptsächlich die Spitze des rechten Hinterhirns, sowie die Umgebung der Fissura calcarina in Mitleidenschaft gezogen. Die Schädigung traf also gerade dasjenige Feld der Hirnrinde, welches die auf die linke nasale und rechte temporale Retinahälfte aufgefallenen Sehreize aufzunehmen hat, und dementsprechend resultierte daraus eine Hemianopsie für die entgegengesetzten Gesichtsfelder.

Sehr bemerkenswert ist die im unmittelbaren Anschluss an den Fall sich entwickelnde Schielstellung des linken Auges, die wohl direct auf die Hemianopsie zurückzuführen ist. Da der Herd sich rechts befindet, fiel auf dem linken Auge das grössere temporale, auf dem rechten das kleinere nasale Gesichtsfeld aus. Nichts ist natürlicher, als dass der Pat. vorwiegend das rechte Auge als das umfangreicher sehende benutzte, und dass so allmählich das linke Auge mehr und mehr ausgeschaltet wurde. Es handelt sich also gewissermassen um ein physiologisches Schielen, das um so leichter sich einstellen konnte, als die Hemianopsie in einer Lebensperiode (5. Monat) einsetzte, in welcher die Augen eben die ersten Fixationsübungen machen.

Das in so jugendlichem Alter erfolgende Trauma hat noch eine andere Folge gehabt, die in gleichem Falle bei einem erwachsenen Gehirn nicht in so weitgehendem Masse einzutreten pflegt, nämlich die Atrophie der in das rechte Hinterhirn eingehenden Opticusbahnen. Die nasale Papillenhälfte des linken Auges ist stark, die temporale Papillenhälfte des rechten Auges in geringem Grade abgeblasst. Der Fall ist vergleichbar einem Experiment am neugeborenen Tiere, wo die nachfolgende Degeneration eine viel weitgehendere und ausgeprägtere ist, als bei Operationen an erwachsenen. Zudem wird die Atrophie der Sehbahn noch dadurch begünstigt, dass, wie Westphal zeigte, gerade der Opticus sich am spätesten von den Gehirnnerven mit Mark umkleidet (2.—3. Lebensmonat). Die Fälle von Degeneration der N. optici infolge Läsion des Hinterhirns hat Zinn zusammengestellt, welcher zugleich über einen diesbezüglichen anatomisch untersuchten Fall berichtet (Erweichungsherd im linken Occipitalhirn: Degeneration in den primären Opticuscentren und im Tractus opticus derselben Seite) und zu dem Schlusse kommt, dass „Erkrankungen des Occipitalhirns notwendigerweise eine un-

Digitized by Google

unterbrochen centrifugal fortschreitende Atrophie der primären optischen Centren, des Tractus opticus sowie der Sehnerven zur Folge hat.“ Für die Fälle, in welchen eine centrifugal fortschreitende Atrophie nicht gefunden wurde, ist nach Zinn die Zeit, welche zwischen den Eintritt des Insults im Occipitallappen und dem Exitus letalis lag, eine zu kurze gewesen, als dass secundäre Atrophien im Mittelhirn sich hätten entwickeln können, denn nach v. Monakow stellen sich dieselben bei Erwachsenen erst nach Jahren ein. Auch der Ausdehnung des Herdes im Occipitallappen muss nach Zinn ein nicht geringer Einfluss auf die Entwickelung von absteigenden Degenerationen zugemessen werden.

Zu erwähnen wäre noch im obigen Falle das Hervorbrechen der epileptischen Anfälle und der Verwirrtheitszustände (Zusammenpacken der Bücher, Weglaufen), resp. der späte Eintritt derselben, $9^1/_2$ Jahre nach dem Trauma. Eine bestimmte Erklärung (aneurysmatische Erweiterungen der Gefässe? porencephalitische, circumscript-meningitische Processe?) lässt sich nicht geben. Dass aber das Gehirn durch das Trauma im Ganzen, allerdings nicht in näher zu bestimmender Weise, geschädigt wurde, geht aus dem Zurückbleiben der geistigen Fähigkeiten bei dem hereditär nicht belasteten, von Krankheiten verschonten Knaben hervor.

---

43) **A. Strubell.** Ueber eine seltene Complikation bei Masern (und Scharlach): Periostitis orbitae.

(Aus der medicin. Universitäts-Klinik zu Jena.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 42.)

Ein 16jähriger Kellnerjunge wurde am 27. III. 98 aufgenommen. Er machte eine leichte Masernerkrankung durch, und am 13. Tage nach Beginn der Masernprodrome, am 10. Tage nach Auftreten des Exanthems, zu einer Zeit, wo Pat. längst fieberfrei war und schuppte, am 5. IV. trat plötzlich Temperatursteigerung bis 38,9° bei starker Obstipation auf. Das Fieber wurde zunächst bei Abwesenheit sonstiger Krankheitssymptome der Stuhlverhaltung zur Last gelegt und durch Ricinusöl per os und Öleinlauf reichliche Entleerung erzwungen. Immerhin fiel an diesem Tage auf, dass die auf der Höhe der Krankheit kleine Milz percussorisch den Rippenbogen erreichte und deutlich palpabel war. Während der nächsten 2 Tage stieg die Temperatur nicht über 38°. Am 3. Tage (8. IV) erreichte dieselbe 39,1°. Pat. bekam heftige Schmerzen im Kopfe und besonders im linken Auge, welches thränte, und das er mit der Hand zuhielt, um das Licht abzuhalten.

Am 9. IV. Temp. morgens 37,9°. Gesicht besonders links stark gerötet, Lider des linken Auges stark ödematös geschwellt und gerötet, sodass Pat. das Auge nicht öffnen konnte. Zog man unter starken Schmerzen die Lider auseinander, so imponierte besonders im äusseren unteren Quadranten eine mässig starke Chemosis der Conjunctiva. Letzterer mässig injiciert, Bulbus vorgetrieben. Geringe Ciliarinjection. Cornea glatt und spiegelnd; die Pupille reagierte leidlich auf Licht. Druck auf den Bulbus, sowie auf die Ränder der Orbita ausserordentlich schmerzhaft. Im Laufe des Nachmittags stieg die Temp. auf 40,3°.

Am 10. IV. morgens Temp. 39,3°. Schmerzhaftigkeit und Schwellung am linken Auge beträchtlich schlimmer; Lider blaurot verfärbt, intensiv geschwollen, Chemosis und Dretrusio bulbi wesentlich stärker. Augenhintergrund normal, ebenso Ohrenbefund; am Warzenfortsatz keine Spur von teigigem Oedem. Abends Temp. 40°. Ordination: Warme Breiumschläge aufs erkrankte Auge.

Während der nächsten 2 Tage stieg die Temp. abends bis 40°, und die Schwellung nahm zunächst noch zu, jedoch schon am 12. IV. wurden die Schmerzen, der Exophthalmus, die Chemosis und das Lidödem geringer. Druck

Digitized by Google

auf den unteren Orbitalrand sowie auf den Bulbus war noch schmerzhaft, doch viel weniger, als zu Beginn der Erkrankung.

Vom 13. bis zum 15. IV. ging die Temp. nicht über 39°, während die Erscheinungen sich allmählich unter Anwendung warmer Umschläge zurückbildeten. Nachdem die Schwellung und die Schmerzen so vermindert waren, liess sich nun bei vorsichtigem Eingehen mit dem Finger zwischen Bulbus und unterer Orbitalwand eine vom Boden der Orbita ausgehende, offenbar dem Periost angehörende Geschwulst entdecken, welche vom Orbitalrande flach entsprang, in sagittaler Richtung nach hinten zog und im Verlauf nach hinten an Volum zunahm. Druck auf diesem Strang war mässig schmerzhaft. Die Beweglichkeit des Bulbus war dabei vollkommen frei, nur bei forciertem Aufwärtsblicken fühlte Pat. leichtes Drücken an der Unterfläche des Bulbus. Vom 16. IV. ab war die Temp. andauernd normal, und bis zur Entlassung des Pat. am 6. V. ging die periostitische Schwellung am Boden der Augenhöhle bis auf kleine Reste zurück.

Es war beim Beginn der sehr stürmischen Erscheinungen recht schwer, zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Das Nächstliegende war, an eine Thrombose des Sinus cavernosus, resp. der Venen der Augenhöhle oder an eine retrobulbäre Phlegmone zu denken. In beiden Fällen wäre die Prognose sehr übel gewesen. Die Prognose der Thrombose des Sinus cavernosus gilt als fast absolut letal, und die retrobulbäre Phlegmone ist wegen der schweren Complikationen von Seiten des Auges, sowie besonders wegen des event. Uebergreifens auf die Meningen gefürchtet. Beide Affectionen kommen metastatisch bei Masern (auch bei Scharlach) vor. Gegen Sinusthrombose nun sprach der Mangel von teigigem Oedem in der Regio mastoidea, obgleich dieses Symptom durchaus nicht immer aufzutreten braucht (z. B. wenn die betreffenden Venenverbindungen mit dem Schädelinnern durch Sclerose des Proc. mastoideus verlegt sind. Die Schmerzen und Schwellungs- und Verdrängungssymptome am Auge konnten für Beides geltend gemacht werden. Eine mehr blaurote Färbung der Lider und der Conjunctiva, die für Sinusthrombose gegenüber der mehr roten bei Phlegmone sprechen soll, konnte auch nicht für erstere Diagnose verwendet werden, da auch bei der retrobulbären Phlegmone secundär Thrombosen der Augenvenen mit ähnlicher blauroter Verfärbung der Lider und consecutiver Thrombose des Sinus cavernosus vorkommen. So musste die Diagnose bei ziemlich trüber Prognose in suspenso bleiben; immerhin musste man noch an eine Tenonitis, resp. an eine Periostitis orbitae denken. Für letztere sprach besonders der Umstand, dass am unteren und äusseren Rand der Orbita Schwellung und Druckempfindlichkeit besonders stark waren, wie ja auch die Chemosis im äusseren unteren Quadranten auftrat und stets am stärksten war. Nun, der überaus günstige Verlauf der Complikation liess die Annahme einer Sinusthrombose unwahrscheinlich, wenn nicht ausgeschlossen erscheinen und ebenso die einer retrobulbären Phlegmone, welche überhaupt wohl nur dann günstig verläuft, wenn der Eiter spontan oder auf operativem Wege entfernt wird. Dagegen liess sich die bei Abnahme der entzündlichen Erscheinungen deutlich in den Vordergrund des Interesses tretende Geschwulst am Boden der Orbita mit immer grösserer Sicherheit für eine Periostitis der Orbita verwerten; dafür sprach auch der normale Augenhintergrund und die völlige Intaktheit des Sehvermögens.

Diese Complikation scheint sehr selten zu sein, sie findet in der Litteratur fast gar nicht Erwähnung. Und doch kann ihre

Digitized by Google

differentialdiagnostische Erkenntnis für den Kinderarzt ja von grösster Bedeutung sein. Es giebt also jedenfalls eine Augenhöhlenperiostitis nach Masern, die mit stürmischen Erscheinungen einhergehen, aber gutartig ohne Eiterung verlaufen kann, ob dies immer geschieht, muss die weitere Erfahrung lehren. St. hält die Affection für eine echte Metastase der Masern.

Ein ähnlicher Fall, aber nach Scharlach, wurde in der Poliklinik beobachtet:

8jähriges Kind trat am 28. II. 97 in die Behandlung der Augenpoliklinik, nachdem es 6 Wochen vorher wegen Scharlach in die medic. Klinik gekommen war. Seit 14 Tagen befand sich das Kind in der Reconvalescenz und war den Tag vorher zum 1. Male ausgegangen. 2 Tage vorher wurde leichtes Lidödem am rechten Auge zuerst bemerkt; das Oedem nahm rapid zu. Im Urin Spuren von Eiweiss, keine Cylinder.

Status praesens am 28. II.

Starkes Lidödem am rechten Auge, leichte blaurote Verfärbung der Lider oben wie unten. Aeusseres Auge frei. Lider ein wenig mit einander verklebt. Cornea und Conjunctiva intakt. Pupille reagiert gut. Mässiger Exophthalmus. Auge etwas nach unten und aussen verdrängt, die Beweglichkeit allseitig wesentlich bedrängt, besonders beim Blick nach oben. Druck auf den Bulbus mässig schmerzhaft. Venen des Augenhintergrundes ausgedehnt, Papille etwas gerötet. Temp. Morgens 39,3°, Abends 37,5°. Stärkere Coryza ist vorhanden.

3. III. Im Urin reichlich Eiweiss und granulierte Cylinder.

7. III. Veränderungen am Auge im Rückgange begriffen; es besteht noch etwas Exophthalmus und Beweglichkeitsbeschränkung, am meisten unten und aussen. Bulbus nicht mehr druckempfindlich.

12. III. Lidschwellung und Exophthalmus vollkommen zurückgegangen, Pat. wird entlassen mit ganz freier Beweglichkeit des Bulbus und guter Sehschärfe.

Der Fall, poliklinisch behandelt und daher nicht so häufig untersucht, ist diagnostisch nicht so festgestellt, wie der obige; vor allem fehlt die palpatorisch nachweisbare Periostschwellung und die rein lokale Schmerzempfindlichkeit beim Abklingen der Erscheinungen. Trotzdem ist es ziemlich sicher, dass ein ähnlicher Prozess vorliegt; dafür spricht der günstige Ausgang und die Verdrängung des Bulbus nach vorn und seitwärts.

---

44) **Th. Axenfeld.** Ueber nicht gonorrhoische Blennorrhoë der Conjunctiva.

(Aus der Universitäts-Augenklinik in Rostock.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gelehrt, dass wenn auch in einer Minderzahl der Fälle, auch das sogen. typische Bild der Blennorrhoë nicht einheitlicher Natur ist. A. weist nun an der Hand eigener Beobachtungen darauf hin, dass die heut noch vielfach übliche Diagnostik einer grösseren Präcision bedarf, und geht besonders auf diejenigen Sekretbefunde ein, die sogar bei mikroscopischer Betrachtung zu der irrtümlichen Diagnose „Gonorrhoë“ führen können und in der That oft dazu führen.

Zur Identificierung des Gonokokkus im Deckglaspräparat ist auch für die Conjunctiva unbedingt die Gram'sche Färbung notwendig. Denn es giebt auf der Bindehaut Diplokokken, die morphologisch sich nicht von Gonokokken unterscheiden lassen und wie diese auch gern in den Zellen liegen,

Digitized by Google

sich aber nach Gram positiv färben und ähnlich wie Staphylokokken auf gewöhnlichem Nährboden auch bei Zimmertemperatur wachsen. Diese „Pseudogonokokken" spielen auch bei blenorrhoëischen Zuständen eine Rolle. A. hat schon vor 4 Jahren einen solchen Fall bei einem Neugeborenen beobachtet, der zunächst das „typische" Bild der Blennorrhoë bot, und kürzlich sah er hintereinander 3 derartige Fälle, Spätinfectionen bei Neugeborenen von klinisch gutartigerem Charakter, wie er auch bei milderen Gonorrhoën vorkommen kann. Auch Groenouw (Breslau) hat eine Anzahl solcher Staphylokokken-Conjunctivitiden gesehen. Diese Pseudogonokokkenfälle scheinen freilich, wenn sie auch zunächst einer Gonorrhoë gleichen können, nach den bisherigen Beobachtungen wesentlich gutartiger zu sein. Bei ihrem Nachweis können wir also — und darin liegt die praktische Bedeutung — unsere Prognose von vornherein günstiger stellen; wir werden scharfe Isolierungsvorschriften und eine strenge Therapie nur dann einrichten, wenn ausnahmsweise auch ein solcher Fall schwer verläuft. Es ist bei einem reinen Pseudogonokokkenfall in der Regel sicher nicht nötig, dass auch des Nachts die Conjunctiva ausgewaschen wird; einige Male genügen. Freilich müssen es reine Fälle sein, nicht solche wo Staphylokokken sich mit Gonokokken mischen. Es bedarf also genauer Durchsicht mehrerer Präparate; die noch feinere Cultur auf menschlichen Nährboden ist praktisch nicht immer durchführbar, und da bei Conjunctivalinfectionen die Erreger sich zahlreich zu finden pflegen, wird man für gewöhnlich sie entbehren können.

Noch brauchbareren prognostischen und therapeutischen Anhalt gewinnt derjenige, der aus der Zahl der Eiterkatarrhe die Pneumokokken-Infectionen herauszufinden versteht. Dieser acute, oft stark eiternde Katarrh ist sogar zuerst bei Neugeborenen beschrieben worden, bei denen er ziemlich oft vorkommt. A. selbst hat Pneumokokken-Conjunctivitis bisher 80mal beobachtet, sehr oft bei Kindern. Sehr oft bestehen gleichzeitig Katarrhe der oberen Luftwege. Im Allgemeinen ist das Bild insofern ein milderes, als bei der Gonorrhoë. indem die Lidspalte trotz der Conjunctivitis nicht völlig zuzuschwellen pflegt, auch ist die Conjunctiva tarsi meistens nicht so stark geschwellt. Aber es können auch sehr heftige Stadien vorkommen. A. sah merkwürdigerweise bei einem mit Gonorrhoë behafteten Pat. eine sehr heftige, doppelseitige Pneumokokken-Conjunctivitis entstehen; die Deckglasuntersuchung gestattete von vornherein, die schweren Befürchtungen des Pat. zu zerstreuen. Der Arzt trifft keineswegs immer die klinische Unterscheidung. Vor wenigen Wochen erst bekam A. ein neugeborenes Kind als blennorrhoisch zugesandt; es handelte sich nur um Pneumokokken-Infection, die in 4 Tagen ohne jede Touchierung ausheilte. Die mikroscopische Deckglasdiagnose ist sehr leicht; bei genauerer Betrachtung sind die meist zahlreichen, ebenfalls oft intracellulären Diplokokken schon an ihrer länglichen Form von den breiten Gonokokken zu unterscheiden; ein sicheres Merkmal giebt wieder die Gram'sche Färbung. Wenn wir nun diese Diagnose stellen, so dürfen wir ohne Weiteres annehmen, dass in kurzer Zeit, mitunter in wenigen Tagen, die heftigen entzündlichen Erscheinungen sich zurückbilden. Es ist extrem selten, dass die Hornhaut in Mitleidenschaft gezogen wird; von Aetzungen der Conjunctiva

Digitized by Google

können wir ganz absehen, es genügt, ab und zu das Auge abzuwaschen. Eine reinliche Isolierung ist bei Beobachtung von Reinlichkeit und Desinfection der benutzten Tupfer durchaus nicht notwendig. Denn die Pneumokokken-Conjunctivitis ist zwar mitunter contagiös, wie dies aus dem Vorkommen von Epidemien hervorgeht, aber die Contagiosität ist eine sehr individuell bedingte. Die sporadischen Fälle sind daher viel häufiger als die epidemischen.

Dies sind die beiden Erkrankungen, die mit der Gonorrhoë besonders oft auch mikroscopisch verwechselt werden. Es giebt ferner noch einige blennorrhoëähnliche Katarrhe, die aber im Deckglaspräparat sofort als solche zu erkennen sind.

Der acute Schwellungskatarrh der Koch-Weeks'schen Bazillen wird nur ausnahmsweise in Betracht kommen, da er meist epidemisch auftritt. Es hat ihn einmal Panas beim Neugeborenen beobachtet. Die kleinen, nach Gram sich entfärbenden Bazillen sind charakteristisch.

Die im Deckglaspräparat sehr leicht erkennbare Diplobazillen-Conjunctivitis kann gelegentlich auch acute Schwellungskatarrhe machen. Meist ist es eine chronische Blepharoconjunctivitis mit auffallender Rötung der Lidwinkel.

Eine bisher nicht beschriebene Form von durchaus blenorrhoëähnlichem Katarrh sah A. 2mal bei Neugeborenen durch Bacterien aus der Gruppe des Bacterium coli commune entstehen. Beide Male waren im Deckglas und auf der Cultur zahlreiche Bazillen in Reincultur. Die Schleimhaut und die eitrige Sekretion war ganz wie bei mittelschwerer Gonorrhoë, das Sekret vielleicht etwas gallertiger. Beide Male blieb der Process einseitig; bei dem ersten sehr schwächlichen Kinde trat während der Erkrankung der Exitus letalis infolge von Magendarmkatarrh ein. Bei dem zweiten, der am 4. Tage nach der Geburt begann, war nach 5maliger Touchierung mit Argent. nitric. Heilung erzielt. Es scheint also auch dieser Katarrh im Allgemeinen schneller zu heilen, als die Mehrzahl der Gonorrhoën.

Ferner hat jüngst A. ein Unicum erlebt, bei einem Neugeborenen eine doppelseitige Bindehautdiphtherie mit zahllosen hochvirulenten Löffler'schen Bazillen, leicht zu verwechseln mit der ja so oft zu oberflächlicher Pseudomembranbildung führenden Gonorrhoë. Es bestanden ein schwerer blennorrhoëischer Katarrh mit mächtiger Schwellung; die eine Cornea war infiltriert. Die Pseudomembranen der Bindehaut erschienen jedoch auffallend dicht, und abweichend von einer Gonorrhoë war der Umstand, dass die Membranen den Lidrand etwas überschritten und die nächstbenachbarte Lidhaut bedeckten. A. machte zunächst nur Auswaschungen mit Hydrarg. oxycyanat. (1 : 2000). Eine Besserung und dann rapide Rückbildung der Membranen trat aber erst ein, als im Anschluss an die Culturuntersuchung eine Seruminjection vorgenommen worden war. Besonders auffallend war noch, dass bereits gleich nach der Geburt eine eitrige Absonderung der Bindehäute bemerkbar war; ob diese von Anfang an Diphtherie war, liess sich nicht ermitteln, da Pat. erst am 5. Tage zur Behandlung kam. An den mütterlichen Genitalien war nichts nachweisbar, auch die Untersuchung auf Diphtheriebazillen fiel negativ aus. Der Fall enthält die Mahnung, bei auffallend starker Pseudomembranbildung, besonders

Digitized by Google

wenn dieselbe den Lidrand überschreitet, an jene Aetiologie zu denken. Vielleicht spielt dieselbe bei den glücklicherweise seltenen Fällen eine Rolle, wo auch beim Neugeborenen trotz rechtzeitig eingeleiteter und sachverständiger Therapie die blennorrhoische Erkrankung einen perniciösen Verlauf nimmt, sodass man bei infausten Blennorrhoën der Neugeborenen an Diphtherie und event. an Heilserum zu denken hat. Der Hornhautprocess heilte viel langsamer ab, als die anfangs so schwere Bindehauterkrankung, was der besonders von Coppez betonten Erfahrung entspricht, dass diese Hornhautcomplikationen nicht durch die Diphtheriebazillen selbst, sondern durch Eiterkokken entstehen.

Die Herkunft der verschiedenen Infectionen ist im einzelnen Falle schwer zu beurteilen. Es handelt sich ja um ziemlich weit verbreitete Mikroorganismen. Wieweit bei Neugeborenen die Infection intra partum geschah, lässt sich noch nicht sagen. Parinaud will die Pneumokokkenkatarrhe auch von den mütterlichen Genitalien ableiten. Dem steht gegenüber, dass Menge und Kroenig bei ihren umfassenden Untersuchungen Pneumokokken hier nicht gefunden haben; es ist aber zu berücksichtigen, dass ihr Nachweis besondere Vorsicht erfordert, und da mitunter eine puerperale Sepsis doch durch Pneumokokken entsteht, so müssen sie doch wohl gelegentlich in den weiblichen Genitalien vorkommen. A. hat ferner 2mal echt blennorrhoische Neugeborenenkatarrhe mit gänzlich negativem bacteriellem Befunde gesehen; sie waren erst in der 2. Woche aufgetreten und heilten schnell nach wenigen Argentumtouchierungen. Man muss da wohl an chemische Reize denken.

---

45) W. Nolen. Ueber Gonorrhoë bei kleinen Mädchen.

(Nederl. Tidschr. voor Geneesk. 4. 98. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 No. 49.)

Auf dem Kindersaal der Abteilung kamen zu gleicher Zeit 8 Fälle von Vulvovaginitis gon. vor. Die Infection wurde wahrscheinlich durch zum Waschen der Kinder gebrauchte Schwämme übertragen. Am merkwürdigsten ist vielleicht der folgende, gleichzeitig beobachtete Fall:

Eine Knabe von 11 Monaten wird, von Cholera infantum genesen, entlassen. Alle Schleimhäute werden untersucht und gesund befunden. 5 Tage später bringt die Mutter das Kind mit 38° Temperatur zurück. Keine Diagnose zu stellen. Auf Rectumschleimhaut, Praeputium etc. keine Gonokokken. Am anderen Tage Rötung und Schwellung des Handrückens links am Handgelenk und an der 3. Zehe des linken Fusses. Im Eiter der nach einigen Tagen incidierten Phlegmonen reichlich Gonokokken.

Bei 4 von den 7 in der Klinik inficierten Mädchen wurde allgemeines Krankheitsgefühl beim Auftreten des eitrigen Ausflusses beobachtet, auch Fieber, das aber nur einige Tage anhielt. Ferner wurde 2mal zugleich mit dem Fieber ein fleckiges Exanthem gesehen. Stets war auch die Urethra beteiligt, jedoch ohne Störungen der Harnentleerung. Dass auch die Scheidenschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen war, ergab sich aus dem reichlichen Ausfluss.

Digitized by Google

Ein harmloses Uebel ist die Gonorrhoë durchaus nicht. N. hat nicht einen einzigen Fall heilen sehen. Bei fleissigem Suchen wurden noch 5 Monate, nachdem die Gonorrhoë aufgetreten war, stets einige Leukocyten mit Gonokokken im Secret der Scheide gefunden. Spritzt man eine kleine Menge destillierten Wassers ein, so wird die äusserst sparsame Secretion binnen 24 Stunden wieder abundant, sodass man dann leicht den Gonokokkus in den Leukocyten in denen sie dann wieder in grosser Zahl vorhanden sind, nachzuweisen imstande ist. So konnte N. bei einem 11jährigen Mädchen, das mit sogen. chronischem Gelenkrheumatismus aufgenommen war und ein ganz geringes Secret der Vagina hatte, eine acute Gonorrhoë wieder hervorrufen.

Chron. Gelenkleiden sind bei Gonorrhoë nicht selten; sie treten bisweilen schon in den ersten Tagen unter dem Bilde einer Arthritis, Tendovaginitis etc. auf. Bei mehreren Kindern zeigten sich an den Innenflächen der Schenkel kleine Eiterpusteln, in deren Inhalt Gonokokken nachweisbar waren. Ein Fall zeigte die Symptome einer circumscripten, ein anderer die der diffusen Peritonitis; innerhalb 24 Stunden allerheftigste Schmerzen, starker Meteorismus, Obstipation, Erbrechen, Fieber, eingefallenes Gesicht, sehr frequenter, kleiner Puls, welche Erscheinungen nach 3 Tagen sämtlich verschwunden waren.

Dass Reste solcher Gonorrhoën der Kinderjahre bis in die Frauenzeit verschleppt werden können und dass die Therapie machtlos ist, ist bekannt.

---

46) J. Karcher. Ein Fall von Lues hereditaria tarda.

(Aus dem Basler Kinderspitale.)

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 No. 1.)

Späterscheinungen der Lues hereditaria verlaufen gewöhnlich unter dem Bilde der tertiären acquirierten Lues, und die Differentialdiagnose zwischen congenitaler und erworbener Syphilis bietet deshalb oft grosse Schwierigkeiten, zumal wenn auch, wie es meist der Fall ist, die Anamnese im Stich lässt. Letztere ist sehr wichtig, wie wieder der von K. mitgeteilte Fall lehrt.

Am 13. IX. 98 wurde ein 11jähr. Knabe ins Spital gebracht wegen Drüsenanschwellungen am Halse, die angeblich seit 4 Wochen bestanden und stetig zunahmen, womit Schluckbeschwerden verbunden sind, die aber Pat. wenig beachtete.

Status: An dem blassen, etwas mageren, sonst aber gut entwickelten Knaben fällt bei den ersten Worten die näselnde Stimme auf, sowie die Behinderung, die ihm das Schlucken des offenbar in vermehrtem Maasse gebildeten Speichels verursacht. An Augen und Ohren nichts Abnormes, an der Nase kleine Borken. An beiden Mundwinkeln streifige Narben. Gebiss, abgesehen von cariösen Molaren, sehr schön und gut gebildet. Zunge blaurot, breit, von tiefen Furchen durchzogen. Weicher Gaumen, Uvula und Gaumenbögen gerötet und geschwollen; der linke Arcus palatoglossus gegen die Uvula hin zerfranst, der intensiv gerötete linke Arcus palatopharyngeus besitzt in seiner oberen Partie eine linsengrosse Perforation. An der linken hinteren Pharynxwand befindet sich ein breites, flaches, belegtes, bis gegen die Epiglottis hinreichendes Geschwür. An der Wurzel der Uvula nach rechts hin eine hirsekorngrosse Ulceration. Alle fühlbaren Lymphdrüsen vergrössert, hart; besonders vergrössert — ganz nach Art scrophulöser Lymphome — sind die Submaxillar- und Submentaldrüsen, weniger die Nuchal-, Cubital- und Inguinaldrüsen. Anus und Genitalien ohne Besonderheiten, ebenso Scelett, die inneren Organe, der Urin.

Digitized by Google

Es handelt sich offenbar um tertiäre Lues. War diese nun congenital oder aquiriert? Die Mutter verwickelte sich bei der Anamnese so in Widersprüche, dass nichts zu eruieren war, Pat. selbst bot von Zeichen congenitaler Lues höchstens die Narben an den Mundwinkeln dar, alles Andere, die körperlichen und geistigen Entwickelungsstörungen, die Hutchinson'sche Trias fehlten durchaus, wogegen manches, z. B. der objective Befund am Rachen, besonders die Rötung und Schwellung der Umgebung der Geschwüre und die starken Lymphdrüsenschwellungen sehr für acquirierte Lues sprachen. Und doch lag letztere nicht vor, wie die Journale der Klinik und Poliklinik lehrten, in denen die Eltern des Pat., die Geschwister und er selbst früher behandelt worden waren; es zeigte sich, dass der Vater syphilitisch war, die Mutter inficiert hatte, Kinder mit hereditärer Lues vorhanden waren, und auch der jetzige Pat. bereits früher Erscheinungen gehabt hatte, die als syphilitische anzusehen waren, damals allerdings noch nicht sicher als solche erkannt wurden (einmal Pharyngitis, dann mal Knochenschwellungen). Jetzt wurde natürlich eine specifische Kur eingeleitet (4 Wochen Schmierkur mit 2 g. Ung. ciner. pro die) worauf erhebliche Besserung eintrat, die, nachdem Pat. noch 6 Wochen lang 1 g. Jodkali pro Tag erhalten hatte, in vollständige Heilung überging, welche sich nicht nur auf die Lokalerscheinungen, sondern auch auf den allgemeinen Ernährungszustand und das ganze Befinden erstreckte.

---

47) **L. Ebstein.** Demonstration eines Kindes mit hereditärluetischer Affection im Pharynx und Larynx.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 48.)

Dieselbe erfolgte im Wiener medic. Club (16. XI. 98):

8jähr. Mädchen kam wegen hochgradiger Schlingbeschwerden vor 3 Tagen in die laryngol. Klinik. Die seit 3 Wochen bestehenden Beschwerden sind derart, dass das Kind nur mit Mühe flüssige Nahrung zu sich nehmen kann.

Man findet zunächst bei der Pat. an der Cornea beider Augen fleckige Trübungen in den centralen Partien inmitten einer diffusen zarten Trübung. Ein Auge erkrankte nach dem anderen, das Sehvermögen war durch viele Monate sehr herabgesetzt. Die Nase erscheint klein und zeigt sattelförmig eingesenkten Nasenrücken in der Gegend der Nasenbeine. Der innere Befund ist der einer Rhinitis purulenta mit starker Atrophie der Schleimhaut. Die Oberkiefer sind stark abgeflacht. In der Gegend der Mundwinkel und an der Oberlippe findet man eine grössere Anzahl streifiger Narbenzüge als Residuen früher bestandener Rhagaden. Die Zähne sind unvollkommen entwickelt, klein, mit grübchenförmigen Defecten im Email; die beiden mittleren oberen Schneidezähne fehlen. Die Mundschleimhaut und die des harten Gaumens zeigt keine Veränderung. Dagegen besteht eine bedeutende Affection des weichen Gaumens, der Tonsillen und der hinteren Pharynxwand. Es findet sich am weichen Gaumen und an der Uvula eine scharf abgegrenzte Infiltration mit intensiver Rötung, inmitten welcher mehrere Geschwüre mit scharf gezeichneten Rändern und speckigem Grunde sitzen. Beide Tonsillenoberflächen sind ganz exulceriert und mit einem schmierigen Belag versehen. Die hintere Pharynxwand in ihrer ganzen Breite ebenso verändert. Bei der Rhinoscopia postica sieht man die Schleimhaut des Nasenrachenraumes, die hintere Gaumenfläche teils geschwürig zerfallen, teils granuläre Erhabenheiten bietend. Bei der Laryngoscopie kann ein Hinabschreiten des ulcerösen Pharynxprocesses bis zur Höhe des Larynxeingangs constatiert worden. Von den Larynxgebilden zeigt sich die Epiglottis verändert, indem sie besonders in der

Digitized by Google

rechten Hälfte durch Infiltration verdickt ist; ebendort trägt sie einen kreisrunden, tiefgehenden Substanzverlust. Die Mucosa des rechten Aryknorpels ist beträchtlich gerötet, infiltriert, und zeigt eine kugelige Contour von Haselnussgrösse. Oben auf der Arytaenoidfalte findet man ein kraterförmig in die Tiefe gehendes, kreisrundes, speckig belegtes Geschwür. Linker Aryknorpel, Taschenbänder, Stimmbänder sind vollkommen normal. Am Halse sind eine Reihe kleiner, harter, schmerzloser Drüsen palpabel. Die Geschwüre im Pharynx und Larynx sind als luetische durch den scharf gezeichneten Rand, den speckig belegten Grund, durch die umgebende Infiltration charakterisiert und führen im Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen zur Diagnose einer hereditärluetischen Affection. Der Befund an den Augen ist mit grosser Wahrscheinlichkeit so zu deuten, dass die bestandene Keratitis parenchymatosa nicht zur vollständigen Aufhellung kam.

Erkrankung des Larynx bei hereditärer Lues ist selten; am häufigsten ist noch die Epiglottis erkrankt. Vereinzelte Fälle wiesen Ulcerationen der Stimmbänder oder subchordale Infiltrate auf.

Die Prognose im obigen Falle ist nicht ganz günstig, da es nicht sicher zu bestimmen ist, ob der Process ohne Verwachsungen des Gaumens mit der hinteren Pharynxwand zur Heilung zu bringen sein wird. Als Therapie wird eine Inunctionsbehandlung mit Unguent. ciner. (1 gr pro die) nebst Lokaltherapie eingeleitet werden.

Dr. H. v. Schrötter bemerkt, dass er ebenfalls einen Fall von Lues hereditaria studieren konnte, bei welchem nur der Larynx beteiligt, der Pharynx vollkommen frei war. Bei dem 8jähr. Knaben sah man den Larynx durch rote prominierende Wülste an den Taschenbändern hochgradig verengt, gegen die Stimmbänder und noch tiefer herabreichend, scharf umgrenzte, mit wulstigen, scharfen Rändern versehene Ulcerationen, welche die Diagnose Lues nahe legten, welche nach der Angabe der Eltern und aus den übrigen anamnestischen Daten bestätigt wurde. Die Beschwerden erreichten einen so hohen Grad, dass die Tracheotomie erforderlich wurde. Unter Jodmedikation gingen die Erscheinungen soweit zurück, dass der Knabe bei verstopfter Canüle atmen konnte. v. S. hat den Pat. jetzt mehrere Monate nicht gesehen, zweifelt aber nicht, dass nunmehr die Herausnahme der Canüle und die Schliessung der Fistel möglich sein wird.

---

48) **C. Roux.** Ein Fall von Encephalopathia syphilitica.

(Annales de méd. et chirurg. infantiles 1898 No. 13. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No 40.)

Es handelte sich um ein erblich-syphilitisches Kind im Alter von 5 Jahren, welches in der Entwickelung sehr zurückgeblieben ist und erst mit 5 Jahren zu sprechen anfing. Die Gehirnaffection begann im Alter von 3 Jahren mit nächtlichen, nur die linke Körperhälfte befallenden heftigen Krampfanfällen ganz nach dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie; dieselben wiederholten sich alle Monate zu derselben Zeit. Monate hindurch fortgesetzte Behandlung mit Bromkali hatte keinen Erfolg, auf Jodkali in der Dosis von 1 gr täglich trat jedoch Besserung ein, und seit 4 Monaten ist das Kind nun anfallsfrei.

Erwähnenswert ist noch die Eingangspforte der Syphilis bei der Mutter des Kindes: Schanker an der Brust (durch einen fremden Säugling) und von da ab regelmässig Entbindung von syphilitischen (3) Kindern und 1 Abortus.

Digitized by Google

49) **Lochte.** Ueber Enteritis syphilitica.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

Ausser älteren Beobachtungen von Förster, Roth, Eberth, Jürgens liegt in der Litteratur nur eine Arbeit von Mracek vor, in der über 6 Fälle von Enteritis bei hereditärer Syphilis Neugeborener berichtet wird. L. publicierte in der Biolog. Abteil. des Aerztl. Vereins Hamburg (25. X. 98) 2 weitere Fälle:

I. Fall: Mutter hat im 4. Monat der Gravidität sichere Zeichen von Syphilis. Beim Partus zahlreiche breite Condylome an den grossen Labien. Das Kind im 8. Monat der Gravidität geboren, erkrankt bald nach der Geburt an schwerem Icterus, hat schleimig-blutige Durchfälle und stirbt am 6. Lebenstage.

Die Autopsie ergiebt 2 kirschgrosse Gummiknoten in der Lunge, ein Gumma des Pancreaskopfes. Lebergewicht 130 g, Milzgewicht 16 g, Typische Osteochondritis syphilitica. Im Jejunum ein 3—4 mm breites, das Darmlumen ringförmig umgreifendes, mit dysenterischen Schorfen bedecktes Ulcus. Der zugehörige Mesenterialabschnitt ohne Besonderheiten. Weiter abwärts im Jejunum und Ileum vereinzelte kleinere, zur Längsachse des Darmes quergestellte, 2—3 mm breite, 5—6 mm lange Verschorfungen. Peyer'sche Plaques durchgehends frei. Die histologische Untersuchung ergab in der Umgebung des ringförmigen Ulcus zellige Infiltration der Mucosa, Untergang der Lieberkühn'schen Drüsen. Die Zotten kolbig verdickt und verlängert. Ueber dem Ulcus selbst ist die Darmwand auf das 2—3fache verdickt. Die Mucosa fehlt völlig, vorzugsweise die Submucosa ist Sitz einer hochgradigen Zellenwucherung vom Charakter des Granulationsgewebes, die hier vorhandenen Gefässe zeigen endo- und periarteriitische Wucherungen. Die Darmwand ist gleichzeitig von confluierenden Blutungen durchsetzt. Aehnliche Veränderungen ergab die Untersuchung anderer Darmabschnitte.

Die Darmblutungen erklären sich aus dem oberflächlichen Zerfall des Granulationsgewebes, die Blutungen in der Darmwand aus Ernährungsstörungen des Gewebes und Stauungserscheinungen im Pfortadergebiete. Da auch gleichzeitig Blutungen in der Umgebung der Lungengummen bestanden, während sie anderen Orts fehlten, muss angenommen werden, dass unter dem Einfluss des schweren Icterus das gummös erkrankte Gewebe besonders zu Blutungen disponiert war. Der Icterus war im Wesentlichen als Resorptionsicterus aufzufassen, bedingt durch den Druck des Gummas im Pancreaskopfe auf die grossen Gallenwege.

In den Nieren wurden mehrfach in der Entwickelung zurückgebliebene Glomeruli angetroffen, auf welchen Befund zuerst Ströbe aufmerksam machte. L. betont die allgemeine Bedeutung dieses Befundes im Zusammenhang mit den ebenfalls von Ströbe gefundenen Entwickelungsstörungen in der Lunge und Leber, weist auf den eigentümlichen Befund von Eberle an der Thymus bei Lues congenita hin und sieht auch in den Anfangsstadien der Osteochondritis dieselbe Retardation der Entwickelung.

II. Fall: Bei der Mutter Zeichen von Syphilis nicht nachweisbar. Das am normalen Ende der Schwangerschaft geborene Kind erkrankte am 5. Lebenstage mit Roseola an Armen und Beinen und starb am 6. Tage.

Während die Autopsie keinen sicheren Anhaltspunkt für Syphilis ergab, zeigte die mikroscopische Untersuchung interstitielle Heller'sche Pneumonie, ringförmige peribronchitische und perivasculäre Verdickungen, typische Peripylephlebitis syphilitica. Am Darm waren mikroscopisch zahlreiche feinste. streifenförmige, gelbliche Herde erkennbar gewesen, die als verfettete Muskelfasern angesprochen wurden. Die Darmschleimhaut war durchgehends frei. Die histologische Untersuchung des Darmes ergab jedoch ausser zerstreut liegenden verfetteten Zellen in der Submucosa und Muscularis das Vorhandensein zahlreicher

Digitized by Google

miliarer Herde in der Muskulatur. Dieselben zeigten bei Saffraninfärbung ein verwaschen rotes Centrum, die Peripherie bestand aus einer Zone polynucleärer Zellen, zwischen denen bindegewebige Elemente eingestreut waren. Stellenweise setzten sich Züge gewucherter endothelialer Zellen zwischen beiden Muskellagen fort. Es liess sich nicht der Nachweis erbringen, dass die Necrosen aus einem fettig gebildeten Granulationsgewebe hervorgegangen waren.

L. bezeichnet zwar die gefundenen Herde als miliare Gummen, hebt aber ihre Uebereinstimmung mit den von Hecker in der Leber luetischer Neugeborener gefundenen miliaren Nekrosen hervor.

Tuberculose war sowohl makro- wie mikroscopisch mit Sicherheit auszuschliessen.

Ueber miliare Darmsyphilis liegt sonst nur eine Mitteilung von Jürgens vor. Jedenfalls wird man eine miliare Form der Darmsyphilis nicht mehr ableugnen dürfen.

Diskussion: Delblanco fragt, ob die Organe im 2. Fall auf Amyloid untersucht worden seien. Dann vermisst er Andeutungen darüber, was Hochsinger in seinem neuesten Werk über congenitale Syphilis über derartige Fälle sagt. — Lochte: Die Milz wurde auf Amyloid untersucht, mit negativem Resultat. Die nachträgliche Untersuchung ergab ferner, dass weder allgemeines, noch im Darm lokales Amyloid vorlag. Hochsinger weist auf Mischinfection mit Tuberculose hin. L. konnte Tuberkelbazillen nicht finden; über miliare Gummen sagt Hochsinger nichts. — Fränkel weist darauf hin, das auch im Magendarmtractus Erwachsener ähnliche Veränderungen, wie im 1. Falle Lochte's vorkommen. Er hat vor 2 Jahren einen Fall von ulceröser Erkrankung des Dünndarmes und Magens seciert und dabei mit Hilfe der Darstellung der elastischen Fasern schwere Erkrankungen der Arterien wie Venen nachgewiesen; an den ersteren fanden sich bis zum Verschluss des Lumens führende Proliferationsprocesse der Intima, am letzteren eine Substitution der Wand durch granulationsartige Massen. Durch diese Gefässveränderungen und durch den Zerfall eines die Mucosa und Submucosa durchsetzenden, sehr zahlreichen Gewebes seien die geschwürigen Processe zu erklären. An einer Reihe von Schnitten sieht man aber nichts Pathologisches an den Gefässen, und gerade dieses herdweise Auftreten der Gefässerkrankung spricht weiterhin für Lues. Der Fall war noch compliciert dadurch, dass sich in der Milz ein kleinapfelgrosser Tumor fand, der sich dann als gummöser Herd erwies.

---

50) **M. Fürst.** Ein Fall von Struma congenita bei elterlicher Syphilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 46.)

Dass die Syphilis gleich anderen Infectionskrankheiten Schilddrüsenvergrösserung bewirken kann, ist längst bekannt. Es wies dann an einem grossen Krankenmaterial Engel-Reimers nach, dass die in der Frühperiode der Syphilis ungemein häufig beobachtete Schilddrüsenschwellung nicht als eine durch andere Ursachen bedingte Complikation, sondern als eine directe Folge der Lues anzusehen ist.

Die congenitale Struma ist selten. Firbar teilte (1896) 3 eigene Fälle — ohne Syphilisätiologie — mit, wo die angeborene Stuma auf Jodkalibehandlung (Klysmata) zurückging. Congenitale Struma bei einem hereditär syphilitischen Kind sah Demme, der in einem Falle Gummiknoten der Thyreoidea fand; es handelte sich hier um Lues hereditaria tarda.

F. beobachtete nun folgenden Fall:

Ein Mann inficierte sich vor 5½ Jahren und wurde zuerst ohne Quecksilber, dann mercuriell behandelt, worauf er — vor 3 Jahren — heiratete. Seine gesunde Frau wurde bald gravid; im 7. Monat hörten die Bewegungen der Frucht

Digitized by Google

auf, es kam zur Geburt eines Foetus sanguinolentus. Die Frau, welche keinerlei Zeichen von Lues darbot, wurde erst antisyphlitisch behandelt, als eine 2. Schwangerschaft eingetreten war (der Gatte war natürlich inzwischen ebenfalls zu einer energischen Hg.-Kur veranlasst worden). Sie brachte ein ausgetragenes Kind von allerdings recht zarter Constitution zur Welt. Sofort nach der Geburt wurden an dem Kinde ein ziemlich grosser Tumor in der vorderen Halsgegend bemerkt, eine Struma von mehr als Wallnussgrösse. Diese ging nun im Verlauf der ersten 6 Lebensmonate ohne jede Therapie so zurück, dass die darüber liegende Haut in Falten herunterhing. und jetzt zeigt das im Uebrigen vollständig gesunde und bei Soxhleternährung kräftig entwickelte Kind von 10 Monaten zwar noch eine Schilddrüse, die etwas grösser ist, als sonst in diesem Alter, was aber nur dem Arzt auffällt, während sonst das Kind als gesundes, kräftiges Mädchen imponiert.

Dies Wohlbefinden, dies Freibleiben von Zeichen der Syphilis ausser eben der Struma, die aber auch spontan verschwand, ist zweifellos der kräftigen Mercurialisation der Mutter während der Gravidität zu danken, die Struma selbst aber war, zumal in den Familien der Eltern Kropf nicht vorhanden ist, auch sonstige Momente fehlen, sicher ein Symptom der ererbten Syphilis, welche sich hier allein in der Schilddrüse noch schwach manifestieren konnte.

---

51) **A. Kissel.** Ein Fall von Ichthyosis besonderer Art bei einem 5jähr. Knaben.

(Djeskaja Medicina 1898 No. 4/5. — Revue der russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 11/12.)

Die Haut des behaarten Teiles des Kopfes, am Körper und an den Extremitäten, mit Freilassung des Gesichts, der Handflächen, Fusssohlen, Axillar- und Inguinalgegenden und vorne am Halse, war rauh, trocken, dicht besät mit derben, blassen, schuppenden Knötchen von Saatkorngrösse. Kein Juckreiz, keine Alteration des Allgemeinbefindens trotz 4monatlichen Bestehens des Leidens. Dasselbe würde jetzt mit Bettruhe, Leberthran intern (neben reichlicher Ernährung), Hauteinreibungen mit grüner Seife und nachfolgendem Bad (29° R., $^1/_2$ Stunde Dauer) behandelt, worauf schon nach 8 Tagen das Bild ein anderes wurde: die Knötchen begannen zu verschwinden, es stellte sich reichliche Desquamation ein, und man bekam zu Gesicht eine verdickte, trockene, rauhe, schuppende Haut, sodass es nunmehr sicher war, dass echte Ichthyosis vorlag.

---

52) **John T. Bowen.** Congenitale bullöse Dermatitis mit Hautcysten.

(Journal of cutaneous and genito-urin. diseases, Juni 1898. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 No. 9.)

Pat. war ein 12jähriges Mädchen. Von der 3. Lebenswoche an zeigte es mit geringer Unterbrechung grosse und kleine Blasen, häufig mit blutigem Inhalt, symmetrisch an gewissen Körperstellen auftretend, wie an den Streckseiten der Ellenbogengelenke, Rücken der Hände und Finger und Handgelenke, an der vorderen Fläche der Kniegelenke und am Fussrücken. Gelegentlich bemerkte man auch Efflorescenzen im Gesicht, auf der Mund-

Digitized by Google

schleimhaut, an den Handtellern und der Vorderfläche der Unterschenkel. Solche Blasen entwickelten sich nicht selten auf die leiseste Verletzung (Stoss, Schlag) hin. An den Stellen, wo diese Blasen wiederholt in grosser Anzahl auftraten, erscheint die Haut hyperämisch und etwas verdickt, zeigt auch vereinzelt schwache Narben. Auch milienartige Efflorescenzen sind hier sichtbar, zeigen Tendenz, sich zu gruppieren und Kreise zu bilden; ihre Grösse wechselt zwischen Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse, sie fühlen sich fest an, sehen weisslich aus und fördern auf Druck eine weiche, käsige Substanz zu Tage. Sie treten am deutlichsten über den Hand- und Fingergelenken auf, im Gesicht fehlen sie. Intensives Jucken pflegt die Eruption von Blasen zu begleiten.

---

53) **S. Prissmann.** Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 51.)

Ein 10 tägiges, sehr schwächliches Kind einer notorisch luetischen Mutter erkrankte unter den Erscheinungen einer intertriginösen Dermatitis, wobei die dunkelrote Haut durch ihre glänzende Trockenheit auffiel. Unter Bildung vereinzelter Sudamina folgte bald eine völlige Abstossung der Epidermis an den afficierten Stellen. Im Laufe der nächsten Woche spielte sich dieselbe Erscheinung auf der ganzen übrigen Haut ab, mit alleiniger Ausnahme der Handflächen, sodass der Knabe bald im Ganzen hochrot, wie verbrüht, aussah, wobei die Haut glatt, glänzend, trocken, an vielen Stellen mit grösseren oder kleineren Epidermisfetzen bedeckt war. Das Kind fieberte nicht, schien aber subjektiv viel zu leiden. Irgendwelche Erscheinungen einer notorisch bestehenden Syphilis waren nicht zu entdecken, es sei denn die sonst ganz unerklärliche Cachexie. Nach Sublimatbädern war bedeutende Verschlimmerung eingetreten: die Abschälung wurde ganz enorm, mehrere cm grosse Fetzen lösten sich ab, die Haut blutete leicht und schien überaus empfindlich zu sein. Nach consequent 1—2 täglich durchgeführten Kleienbädern mit nachheriger Einpuderung (Dermatol-Zinkoxyd-Talk), später Borsalbe, trat vollkommene Heilung ein, nach ca. 4 wöchentlicher Krankheitsdauer. — Das Kind starb nachträglich an einem Magendarmkatarrh.

Ob die Affection mit hereditärer Lues bereits in Zusammenhang gebracht worden ist und werden darf, weiss P. nicht.

---

54) **Fehde.** Fall von Noma.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

9jähr. Kind erkrankte am 19. VI. an Scharlach mit mässiger Rötung der Tonsillen, zunächst ohne Belag, Exanthem und Angina schwanden nach 3 Tagen; 1 Woche darauf traten Gelenkschmerzen auf und fast gleichzeitig zahlreiche etwas prominente Hämorrhagien auf der ganzen Körperoberfläche, einige auch im Munde; der Urin enthielt ziemlich reichlich Eiweiss. Am 1. VIII. zeigten sich auf beiden Mandeln kleinere weisse Beläge, am 2. bekam Pat., da in einer Nebenwohnung Diphtherie gewesen war, 1000 I.-E. Behring's Serum, ohne dass jedoch auch nur die geringste Wirkung desselben in den nächsten Tagen zu constatieren gewesen wäre. Innerhalb der nächsten 3 Tage entwickelte sich rapid eine Stomatitis gangraenosa, die die gesamte Mundschleimhaut und insbesondere die Zunge ergriff. Vom 11—14. VIII. schwand, von beiden Mundwinkeln beginnend, die ganze Unterlippe, und Pat. riss sich auch einmal die ca. 4 cm lange gangränescierte Zungenspitze bei nur geringer Blutung heraus. Therapeutische Massnahmen der verschiedensten Art hatten keinen Erfolg gebracht, zufällig kam F. jetzt auf den Gedanken, es einmal mit Jodkali zu versuchen, und nunmehr trat Stillstand des Processes ein. Dem hiernach auf Syphilis angestellten Examen

Digitized by Google

wichen die Eltern sehr geschickt aus; feststellen liess sich nur, dass die Mutter 2 mal eine grössere Knochenoperation an einer Tibia durchgemacht und dass die kleine Pat. selbst im Alter von 4 Jahren an einem Ausschlag am Kopf gelitten haben soll.

Selbstverständlich lässt sich aus dem einen Falle nichts Bestimmteres über den Zusammenhang von Noma und Lues entnehmen, jedenfalls aber wird man gegebenen Falls daran denken und einen entsprechenden therapeutischen Versuch anstellen müssen.

---

55) **Smith.** A case of noma of the ear.

(Brit. med. Journ. 10. Sept. 1898. — Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 47.)

Folgender Fall von Noma des Ohres verdient wegen seiner Seltenheit und wegen der Resultate der bacteriologischen Prüfung Beachtung.

Ein 2jähriges Kind, das bereits seit längerer Zeit an Ohreneiterung und Ekzem gelitten, bei dem jedoch kein Trauma anamnestisch in Erfahrung zu bringen war, wurde wegen Schwellung und Entzündung des linken Ohres ins Hospital gebracht. Es fand sich in der Fossa des Antihelix ein ziemlich kleines, mit graugrünen schmierigen Massen bedecktes Geschwür vor; aus dem Meatus des Ohres entleerte sich Eiter. Der sonstige Gesundheitszustand des Kindes war ziemlich gut. Obwohl das Ulcus sorgfältig ausgekratzt und antiseptisch behandelt wurde, nahm es doch an Grösse zu, sodass man sich zur Ausschneidung desselben entschloss. Nach kurzdauernder Besserung ging jedoch die Necrose rapid weiter und begann sich auch auf benachbarte Teile, besonders den Unterkiefer, auszudehnen. Unter Symptomen von Meningitis starb Pat. nach 6wöchentlicher Behandlung.

Bei der Autopsie waren vom äusseren Ohr nur noch geringe Reste zu sehen, das Unterkiefergelenk war zerstört, der auriculäre und mastoide Teil des Schläfenbeins lagen bloss. Beim Oeffnen der Schädelhöhle fand sich Hyperämie der Hirnconvexität, im Sinus lateralis weisse, adhärente Massen, im Sinus longitudinalis ein Thrombus. Von den Eitermassen des Geschwürs wurde auf Agar geimpft, und nach 24 Stunden zeigten sich grauweisse Colonien, die ausser Staphylokokken kurze unbewegliche Bazillen enthielten. Letztere waren an den Enden abgerundet und liessen sich leicht mit Anilin färben. Sie glichen in allen Punkten den 1889 von Schimmelbusch beschriebenen.

---

56) **G. Heermann.** Ueber Otitis media im frühen Kindesalter.

(Sammlung zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren- Mund- u. Halskrankheiten Bd. 3 Heft 4.)

H. stellt zum Schluss seiner Betrachtungen folgende Sätze auf:

1. Die Mittelohrentzündung im frühen Kindesalter entwickelt sich im Anschluss an schwere consumierende Krankheitszustände als eine Otitis concomitans.
2. Sie ist eine Complikation der Grundkrankheit, welche keine selbständigen Symptome verursacht und auch keinen, wenigstens

Digitized by Google

bis jetzt nachgewiesenen Einfluss auf den Verlauf des Krankheitsprocesses ausübt.

3. Die sie erregenden Bacterien sind auch in der normalen Tube und Paukenhöhle zu finden. In dem geschwächten Organismus finden sie aber erst die Bedingungen für ihre Lebensäusserung.
4. In einzelnen Fällen scheint sich diese Otitis concomitans zu einer schweren Complikation ausgestalten zu können, und sie ist dann von der genuinen, ätiologisch von ihr sich unterscheidenden Otitis media nicht oder nur schwer zu trennen.
5. Die Otitis concomitans als solche erheischt keine therapeutischen Massnahmen. Steigert sie sich aber zu acuten Symptomen, so deckt sich ihre Therapie mit der einer genuinen Otitis.
6. In der Therapie dieser gesteigerten Form ist ebenso wie bei der genuinen Otitis die Anwendung von Ausspritzungen des Gehörgangs grundsätzlich zu verwerfen. Ebenso ist der Gebrauch der Spritze zur Erleichterung der Diagnose möglichst einzuschränken. In den Fällen, in denen die Eiterung nicht sistieren will, muss man sich auf die vorsichtige trockene Säuberung des Gehörganges beschränken, die allerdings stets vom Arzte selbst ausgeführt werden muss.

---

57) **C. Friedjung.** Beitrag zu den Allgemeininfectionen mit Streptokokken.

(Aus der Monti'schen Abteilung der allgem. Poliklinik in Wien.)

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 26 Heft 1/2 1899.)

Am 10. III. 97 lieferte ein Arzt ein 1jähr. Mädchen ein und machte folgende Angaben: Vor etwa 14 Tagen habe das bis dahin gesunde Kind eine linksseitige lobäre Pneumonie überstanden. Nach der Lösung zeigte die Temperatur unregelmässige Steigerungen bis 40°, zugleich kam es zur Entwickelung multipler Gelenkschwellungen. Die Ohren sollen stets gesund gewesen sein.

Status praesens: Temp. 39,8°, Puls etwa 150, klein, schlecht gefüllt und gespannt. Respirat. 50, costo-abdomimal. Elendes, herabgekommenes Kind, liegt mit schmerzlichem Gesichtsausdruck fast unbeweglich im Bette. Haut wachsbleich, trocken, Fettpolster geschwunden, Muskulatur wenig entwickelt; geringe Spuren von Rhachitis. Caput quadratum, Fontanelle nahezu geschlossen, 6 Schneidezähne. Zunge graugelb belegt. Druck im Winkel am Ansatze des Ohrläppchens schmerzhaft, doch auch sonst sehr empfindlich. Nase, Rachen frei. Zu beiden Seiten des Halses harte, bis bohnengrosse Drüsen. Herzstoss diffus, Töne anscheinend rein, Perkussion normal, auch an den Lungen; Husten, links gross- und mittelblasiges, klangloses Rasseln. Abdomen, Genitale, Wirbelsäule normal. Beide Ellbogen-, Hand- und Fussgelenke stark geschwollen, gerötet, sehr schmerzhaft; Schwellung spindelförmig; spontan keine Bewegung, passive möglich, aber sehr schmerzhaft. An der Dorsalseite des linken Hand- und Fussgelenks Fluctuation; Probepunktion ergiebt dicken gelben Eiter; im Anstrichpräparat Streptokokken, vielfach als Diplokokken angereiht. — Incision der fluctuierenden Stellen, feuchte Verbände mit Liquor Burow., intern Tinct. Chin. simpl. (3,0 : 100,0).

12. III. Temp. anhaltend zwischen 39,5—40,3°. Schwellung der nicht incidierten Gelenke etwas zurückgegangen. Linkes Hand- und Fussgelenk schlottert. Nahrungsaufnahme sehr gering. Blut aus einer Vene des rechten Fussrückens liefert Reinculturen von Streptokokken.

15. III. Temp. bis 40,7°. Fortschreitender Verfall. Puls 200, Resp. 80, sehr oberflächlich. Schwellung der Gelenke, besonders des linken Ellbogens hat wieder zugenommen. Nachts Exitus.

Digitized by Google

Obductionsdiagnose: Pyaemia cum arthromeningitide multiplice ex otitide media bilaterali.

Gleich bei der ersten Untersuchung war es hier klar gewesen, dass man es mit einer septischen Erkrankung zu thun habe, die zur Entwickelung multipler, vorwiegend periarticulärer Herde geführt hatte. Aber die Quelle? Zunächst lag der Gedanke nahe an Metastasen, die der Diplokokkus Fränkel-Weichselbaum im Anschluss an die vorausgegangene Pneumonie gesetzt hätte. Die Untersuchung des Eiters im Ausstrichpräparat erwies schon diese Annahme als irrig, und das Ergebnis der Blutuntersuchung in vivo, die Reinculturen eines Streptokokkus lieferte, stimmte so sehr zu dem Bilde, das der Abscesseiter gab, dass die Beweiskette für eine Streptokokkenpyämie geschlossen erschien. Die Frage nach dem primären Herde blieb offen. Die Anamnese ergab keine Ohrenerkrankung, Spiegeluntersuchung erwies sich bei dem jammervollen Zustande der Pat. als undurchführbar. Die Autopsie ergab eine doppelseitige eitrige Mittelohrentzündung als Quelle der Sepsis und mahnte wieder, bei jeder fieberhaften Erkrankung eines Kindes auch die Ohren genau zu untersuchen, damit solche traurige Fälle, wie der obige, nicht mehr vorkommen.

---

58) **Bernstein.** Ein Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus neonatorum acutus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899, Bd. 28 No. 1.)

Fall I. Am 26. VII. 97 wurde ein 3 Wochen altes Kind in die Sprechstunde gebracht, das bereits seit 14 Tagen mit Blasen auf der Haut behaftet war. Gut genährter männlicher Säugling mit einem dem Alter entsprechenden Panniculus adiposus. Die ganze Körperoberfläche rot. Auf dem geröteten, aber nicht infiltriertem Grunde vereinzelte, über den ganzen Körper zerstreute, kreisrunde, linsen- bis markstückgrosse, prall gefüllte Blasen. Neben dieser verhältnismässig kleinen Zahl von Blasen sehr zahlreiche, dicht bei einander sitzende, kreisrunde, pfennig- bis markstückgrosse, bräunlich aussehende, mit dünnen, von der Unterlage abgehobenen, zum Teil geplatzten Epidermishäutchen bedeckte Stellen, die offenbar eingetrocknete Blasen darstellten. Flachhand und Fusssohle frei. — Bis zum 4. VIII. war unter indifferenter Therapie (Kleienbäder und Puder) der Ausschlag abgeheilt, die Haut abgeblasst. Bei ihrem ersten Erscheinen hatte die Mutter erklärt, noch 2 andere Kinder hätten seit einigen Tagen was bekommen. Es wurde daraufhin die ganze Familie ärztlich beobachtet, in der dann noch ein 4. Kind und die Mutter selbst erkrankten. Nämlich:

Fall II. Der 3jährige Anton St. zeigt am 1. VIII. 20—30 kreisrunde, pfennig- bis zweimarkstückgrosse, mit bräunlich schwarzen Krusten belegte, über den ganzen Körper verstreute Stellen, aber keine Blasen. Am 8. VIII fand B. von solchen Krusten auf Brust und Bauch 16, auf Rücken und Nacken 20, auf dem Gesäss 8. Die Krusten waren meist von einem schmalen roten Hof umgeben. Zwischen den auf Rücken und Nacken verteilten Krusten waren diesmal, wenn auch in geringer Zahl, kleine, mit gelblicher Flüssigkeit angefüllte, auf nicht infiltrierter und nicht geröteter Grundlage aufsitzende Blasen sichtbar. Eine bezüglich der Grösse, Halbkugelform und Prallheit besonders schön ausgebildete Blase fand sich unterhalb der rechten Patella, mit ihren Contouren unmittelbar ins Gesunde übergehend. Allgemeine Körperröte bestand nicht.

Fall III. Das 7 Jahre alte Mädchen Gertrud St. zeigt am 27. VII. eine einzige, an der radialen Seite des linken Vorderarms sitzende, zweimarkstückgrosse, kreisrunde, mit rotem Hof umgebene, schwarzbräunliche Kruste. Am 4. VIII. besteht dieselbe noch. Es sind aber weitere gleichgeartete Krusten, und zwar am linken Ellenbogen 2, auf dem Rücken, in der rechten Achselhöhle und am linken Mundwinkel je eine sichtbar. Auf den Bauchdecken und am linken Unterschenkel sind ausserdem stecknadelkopf-, zum Teil auch linsen- bis

Digitized by Google

pfenniggrosse, wasserhelle, runde, ins Gesunde direkt übergehende Blasen, im ganzen etwa 8 vorhanden.

Fall IV. Die 4 Jahre alte Martha St. zeigte am 12. VIII. je eine Kruste unter dem Knie und am Mons Veneris, 2 grosse unter dem Gesäss. Die Krusten waren nach Form, Grösse und Umgebung den bisher geschilderten analog.

Fall V. Die Mutter zeigt am 12. VIII. je eine Kruste am linken Mundwinkel und am 4. Finger der linken Hand. Letztere ist in ihrem Entstehen als Blase von der Trägerin genau beobachtet worden. Mehr Efflorescenzen traten bei ihr weiterhin nicht auf. — Die Therapie bei Fall II, III, IV bestand in Kal. permang.-Bädern. Die vollkommene Abheilung zog sich bei ihnen mehrere Monate hin. Von dem Inhalt der bei Fall II unterhalb der Patella bestehenden Blase impfte B. sich auf der Beugeseite seines rechten Unterarmes an 2 Stellen ab; das Resultat war ein negatives.

Was lag in obigen Fällen vor? Der Säugling mit seiner allgemeinen Hautröte, mit den auf nicht infiltrierter Basis aufsitzenden, prall gefüllten, halbkugeligen, bis zweimarkstückgrossen, ohne erkennbare Prädilection der Oertlichkeit auftretenden Blasen bot das Bild des Pemphigus acutus neonatorum dar; das Freibleiben von Fusssohle und Flachhand, das Abheilen unter indifferenter Therapie, das Fehlen sonstiger Zeichen hereditärer Syphilis schloss die syphilitische Natur aus. In Betracht kamen noch: Impetigo contagiosa, Urticaria bullosa und Varicellen. Aber bei allen dreien stehen die Blasen auf infiltriertem Grund, sind nicht so prall gefüllt und erreichen nicht die Grösse wie hier; man hatte ausserdem nicht einmal die den Varicellen eigentümliche Primärefflorescenz der linsengrossen Papel mit stecknadelkopfgrossen Bläschen in der Mitte, nicht einmal eine blosse Quaddel wie bei Urticaria bullosa und wie die der Impetigo contagiosa eigentümliche Lokalisation angetroffen. Auch bei den übrigen Pat. waren daher diese 3 Affectionen auszuschliessen; überall, soweit frische Efflorescenzen zu Gesicht kamen, zeigten diese alle Eigenschaften der Pemphigusblase, und man musste das Contagium des Säuglings-Pemphigus ätiologisch heranziehen. Es lag einer der seltenen Fälle von Uebertragung des Säuglingspemphigus auf ältere Individuen vor, bei denen allerdings das Bild etwas abweicht; der Mangel der allgemeinen Körperröte, die geringe Anzahl der Efflorescenzen, die dickeren Krusten und die längere Dauer hoben sich von demselben ab. Der negative Erfolg der Impfung spricht nicht gegen die Contagiosität, sondern beweist nur, dass uns die Bedingungen für die Haftung des Contagiums noch nicht genügend bekannt sind.

---

59) **Volkmann.** 2 klinische Beobachtungen von angeborenen Hautdefeceen bei Neugeborenen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 46.)

Die Affection — so führte V. in der Gesellschaft der Charité-Aerzte (16. VI. 98) aus — ist recht selten, V. sah sie unter c. 3000 Geburten nur diese 2 mal. Einmal handelte es sich um das Kind einer 30 jährigen II para, ein reifes und sonst körperlich wohlgebildetes Mädchen. Dasselbe zeigte auf dem linken Scheitelbein dicht links von der kleinen Fontanelle 2 kleine, bohnengrosse, granulierende Stellen mit ziemlich glatten Rändern. In dem anderen Falle war es das Kind

Digitized by Google

einer 18jährigen I para, ein völlig reifer Knabe, welcher an der inneren Hälfte der linken Fusssohle an der hinteren Circumferenz des Grosszehenballens eine linsengrosse, leicht erhabene, mit feinsten Granulationen bedeckte Stelle zeigte. Beide Affectionen heilten in wenigen Tagen bei blosser Reinhaltung und Bestreuen mit wenig Dermatol. Beide Male handelte es sich um spontane Entbindungen bei normalem Becken in 1. Schädellage.

Was lag vor? Touchiermarken, d. h. Verletzungen des vorliegenden Teils durch ungeschickte Manipulationen, sowie Druckwunden sicher nicht; ausser Anderem sprach schon dagegen, dass in dem einen Falle der Schädel vorgelegen hatte, aber der Fuss afficiert erschien. Vor einiger Zeit hat nun Ahlfeld auf diese congenitalen Hautdefecte aufmerksam gemacht, und seine Ansicht, welche vor Jahren schon von Hofmann ausgesprochen war, dass der betreffende Körperteil mit einem Amnionstrang verwachsen gewesen sei, dieser letztere abgerissen und maceriert sei und an der Stelle des Abreissens eine Wunde hinterlassen habe, die unter Umständen bei der Geburt des Kindes noch nicht ganz verheilt sei, hatte er das Glück, durch einen Fall begründen zu können, der von Pinard und Varnier beobachtet wurde, bei welchem die geborene Placenta in der That mit dem Kopf der Frucht durch einen wohl ausgebildeten, derben amniotischen Strang verbunden war. Dass hier, wie es auch in den V.'schen Fällen war, oft keine Spur mehr von dem amniotischen Strang zu finden ist, erscheint begreiflich, wenn man bedenkt, dass im Fruchtwasser Gewebsteile, die in ihrer Continuität getrennt und dadurch in ihrer Ernährung geschädigt sind, sehr leicht resorbiert werden.

In forensischer Beziehung ist es natürlich für den Arzt wichtig zu wissen, dass solche Hautdefecte congenital vorkommen in Fällen, wo jede traumatische Einwirkung auszuschliessen ist.

---

60) **C. Beck.** Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Unguent. Caseini cum Liantral.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 No. 9.)

C. hatte Gelegenheit, dies Präparat (Beiersdorf & Co., Hamburg) in der Privatpraxis und im Kinderspital „Adèle Brody" in Budapest zu versuchen. Es stellt eine Mischung von Unguent. Caseini als Salben- (recte Firnis-) Grundlage mit 10% Extract. lithanthracis (Liantral), d. h. den in Benzol löslichen Bestandteilen des Steinkohlentheers dar. Das Unguent. Caseini selbst (Unna) gehört in die Gruppe der sog. wasserlöslichen Firnisse und besteht aus einer Mischung von Alkalicaseinat, Glycerin, Vaselin und Wasser. Leistikow sagt darüber: „Es bildet eine gleichmässige, dicke, zähflüssige, weisse Emulsion, welche erwärmt werden kann, ohne dass sich Fett abscheidet. Es bildet, auf der Haut verrieben, nach 1—2 Minuten schon eine elastische, trockene Decke. Während es auf der einen Seite porös genug ist, die Wasserverdunstung zu gestatten, ja sogar etwas zu steigern, enthält es auf der anderen Fett (50%), das die Oberhautzellen durchdringt, zu starkes Strömen des Hautsekrets verhindert, und einige Tiefenwirkung ermöglicht. So stellt

Digitized by Google

das Unguent. Caseini ein Mittelpräparat dar zwischen Fettsalben einerseits und Pasten und Pudern andererseits. Es reagiert neutral oder höchstens schwach alkalisch. Es ist mit allen Stoffen mischbar, welche Casein nicht coagulieren. Ausgeschlossen sind daher starke Säuren, saure Salze, Kalksalze, wenn sie in 1% übersteigenden Mengen zugesetzt werden. Unguent. Caseini ist das vorzüglichste Vehikel für Theer, welches ich kenne, besonders für die ambulante Behandlung ausgezeichnet. Wegen seines starken Vaselingehaltes deponiert das Unguent. Caseini den Theer in die tieferen Hautpartien beim Einreiben und unterstützt den Theer in seiner juckstillenden Wirkung. In allen für die Umgebung sichtbaren Körperstellen (Gesicht, Hals und Hand) kann man Theercaseinfirnis verordnen. Es reizt fast gar nicht und ist sehr leicht abzuwaschen." Schade nur, dass das Präparat durch viele Arzneistoffe (z. B. Ichthyol, Resorcin, Pyrogallol) Veränderungen erleidet, die es untauglich machen. Es wird daher heutzutage fast nur als Grundsubstanz für Theer benutzt, wo es aber die besten Dienste leistet, wie sich auch B. überzeugte. Unguent. Caseini c. Liantral ist vielleicht das einzige Theerpräparat, welches in so starker Concentration (10%) bei Kindern, ja selbst auf entzündeter und stark secernierender Haut mit bestem Erfolg angewendet werden kann.

Es wurden mit dem Mittel 4 Fälle von chron. Kinderekzem, 3 Fälle von Prurigo Hebrae, 1 Fall von Psoriasis und 1 Fall von Erythrasma behandelt; die Pat. waren 2—9 Jahre alte Kinder. Bei allen hatte das Mittel nicht nur juckstillende Wirkung, sondern die Affectionen selbst wurden sehr günstig beeinflusst und rascher Heilung zugeführt.

---

61) **H. Wolf.** Beitrag zur Prurigo-Behandlung im Kindesalter.
(Aus Prof. Monti's Kinder-Spitalsabteilung in Wien.)
(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 25 Heft 5/6 1898.)

In den letzten Jahren wurden Versuche mit Carbolinjectionen gemacht, indem täglich 1 Pravaz-Spritze einer 1%igen Lösung injiciert wurde. Der Erfolg war ein recht guter; besonders günstig und in kürzester Zeit wirkten die Injectionen auf das Jucken. Eine längere Anwendung der Therapie musste aber unterbleiben wegen der Intoxikationsgefahr.

Später wurde Thyreoidin versucht. Die Versuche befriedigten nicht vollständig. Vor Allem bewirkte die Verabfolgung des Präparats öfters nicht unbedeutende Körpergewichtsabnahme. Die Besserung der Krankheitserscheinungen geht mit einem Verlust an Körpergewicht einher, und umgekehrt ist die Zunahme des Körpergewichts nach dem Aussetzen des Mittels gleichbedeutend mit einer Verschlimmerung des Hautübels. Auch lässt sich, bei der ungleichmässigen Beschaffenheit der Thyreoidinpräparate, das Auftreten von Thyreoidismus nicht mit Sicherheit verhüten.

Im abgelaufenen Jahre wurden nun 12 Prurigo-Kranke im Spital behandelt. Die Therapie bei den 7 zuerst aufgenommenen bestand in subcutanen Injectionen von Carbolsäure (1%) und Pilocarpin (1%), welche täglich abwechselnd gemacht wurden

Digitized by Google

(immer 1 Pravaz'sche Spritze). Die Kinder waren 5—13 Jahre alt und hatten das Leiden im 2. Lebensjahre acquiriert (ebenso wie die Pat. der 2. Gruppe). Die Pat. verspürten schon nach einigen Tagen geringeres Jucken, die Knötchen bildeten sich allmählig zurück, das durch Kratzen entstandene Ekzem schwand, und nach 3—4 Wochen war die Haut weich und geschmeidig. Leider hielt die Besserung nicht lange an; oft kamen die Kranken schon nach 14 Tagen im alten Zustande wieder. Die weiteren 5 Kinder (6—14 Jahre alt) bekamen den Monti'schen Verband. Zunächst wurden sie gebadet, dann wurde die Hant der Extremitäten dick mit Zink-Salicylpulver bestreut und endlich in dichten Touren, nichts von der Haut freilassend, Mosetig-Battist um dieselben gelegt, sodann der Verband mit eng anliegendea Kreppbinden gesichert. Alle 48 Stunden Verbandwechsel, bei dem abermals gründliche Hautreinigung vorgenommen und dann wieder dick (weil der Mosetig-Battist nicht direct der Haut aufliegen darf, da sonst Ekzem entsteht) das Pulver appliciert. Schon nach der 1. Abnahme des Verbandes ist die Haut feucht und weich, die Knötchenzahl vermindert, und nach 3—4 maligem Verbandwechsel sind beinahe sämtliche Erscheinungen geschwunden. Diese Methode führt also, bei grösserer Bequemlichkeit, noch rascher zum Ziel, als die Injectionstherapie, auch scheinen die recidivfreien Intervalle von längerer Dauer zu sein. Monti trägt sich mit der Idee, ein festanliegendes Kleidungsstück aus Mosetig-Battist anfertigen zu lassen, das von den Pat. nach erfolgter Behandlung Nachts getragen werden soll, um event. Recidiven vorzubeugen.

---

62) **N. Berend.** Ueber die Xeroform-Behandlung bei Hauterkrankungen der Kinder.

(Aus dem Stefanie-Kinderspital zu Budapest.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1898 Bd. 48 Heft 2/3.)

Das Xeroform wurde in mehr als 200 Fällen erprobt. Zunächst bei den so hartnäckigen, nässenden Ekzemen; nicht selten wurde wochenlang die übliche Therapie ohne Erfolg angewandt, nach 1—2 tägiger Applicierung des Xeroforms erfolgte Heilung. Das Mittel entfaltet aber nur dort seine Wirkung, wo es mit der Haut oder der Wundfläche in unmittelbaren Contact gerät, weshalb es durchaus notwendig ist, vorher Schorfe und Krusten abzutragen und dann erst Xeroform (als Pulver oder $5^0/_0$ ige Salbe) zu applicieren. Besonders in jenen hartnäckigen Fällen des Ekzema faciei, welche, am ganzen Kindesleibe Jucken verursachend, in der 2. Hälfte des 1. Lebensjahres aufzutreten pflegen, sowie gelegentlich der durch das Ekzema seborrhoicum capitis verursachten Fälle von Ekzema universale wurden sehr schöne Erfolge erzielt. Intertrigo heilt bei Xeroformbestreuung meist innerhalb 48 Stunden. Beim Ekzema impetiginosum behebt das Xeroform besonders rasch die Eiterung und führt zur Heilung. Sehr oft wurden die im Gefolge des Ekzems auftretenden Schmerzen, Jucken, Unruhe etc. sofort behoben. Im Gesicht und an den Hautfalten ist Streupulver am besten, am Kopfe Salbe. Ersteres darf nur dünn aufgetragen werden, da sonst leicht feste Schorfe entstehen (zweck-

Digitized by Google

oberhalb abgetragen wird, dann mehrere perkutane Seidenligaturen unterhalb der Klemme durchgeführt und fest zugeschnürt werden, worauf der Stumpf mit der Scheere abgetragen, die Schnittfläche mit dem Paquelin kauterisiert, die Klemme abgenommen und ein antiseptischer Verband angelegt wird. Die grosse Gefahr dieser Operation liegt darin, dass es trotz Transparenz der Bruchhüllen nie ganz sicher ist, ob keine Intestina in die Klemme mitgefasst sind (solche Misserfolge kamen bald vor!). Olshausen versuchte dadurch den Eingriff möglichst für das Kind zu verringern, dass er die Eröffnung des Peritoneums vermied. In dem von ihm veröffentlichten Falle umschnitt er die 4,5 cm im Durchmesser haltende Bruchpforte $^1/_2$ cm vom Bruchrande entfernt in der Bauchhaut. Der Schnitt ging nur durch die Haut. Der circumcidierte Hautrand wurde darauf mitsamt dem Amnion und einem grossen Teil der Wharton'schen Sulze vom Peritoneum abgezogen. Nach Unterbindung der Nabelschnurgefässe mit Katgut wurden die angefrischten Hautränder über dem versenkten Peritoneum durch Seidennähte vereinigt. Die Haut heilte nicht ganz primär, doch überstand das Kind den Eingriff. Dies Verfahren setzt 2 Bedingungen voraus:

1. muss das Amnion sich vom Peritoneum ablösen lassen (wird nur dann der Fall sein, wenn sehr bald post partum operiert wird),
2. muss der Bruch reponibel sein.

Der grosse Vorteil der Operation liegt in der Vermeidung der Eröffnung des Peritoneums, der Nachteil darin, dass der Schnitt nur durch die Bauchhaut geführt wird und die Hautränder mit einander vereinigt werden, also die Hernie nicht radical operiert, sondern nur überhäutet wird. K. versuchte nun in einem Falle, diese Operation dahin zu modificieren, dass er den um den Bruchring geführten Circulärschnitt nicht bloss durch die Haut, sondern auch durch die Bauchfascie führte, um so auch diese über dem reponierten Peritoneum zu vereinigen, wodurch eine Radikaloperation zustande kommt:

Weibliches Kind, im 10. Schwangerschaftsmonat geboren. Gewicht 2450 g, Länge 51 cm. Es ist vollständig wohlgebildet bis auf eine beträchtliche Nabelschnurhernie, die in der Grösse einer Mandarine hervorragt. Die Basis der Geschwulst misst ca. 4 cm im Durchmesser. Der Bruchsack besteht aus vollständig transparenten Bruchhüllen. Der Inhalt des Bruchs wird zum grössten Teil durch einen Leberlappen gebildet, welcher mit dem Bruchsack verwachsen ist, im Uebrigen durch Darmschlingen. Die Nabelschnur inseriert ungefähr auf der Höhe des Bruchsacks, etwas nach links oben verschoben, die Nabelgefässe verlaufen in den Bruchsackhüllen, die Nabelarterien wenig divergierend nach unten, die Nabelvene nach rechts oben. Die amniotische Hülle ist auf der Höhe des Bruchsackes zum Teil gerumpelt und ausgetrocknet.

Die Operation wurde 12 Stunden post partum in tiefer Aethernarkose ausgeführt. Desinfection mit Sublimat. Die Reposition des Bruchinhalts gelingt nur unvollständig. Circumcision der Geschwulst in der Bauchhaut ca. $^1/_2$ cm vom Übergang der Bauchhaut auf den Bruchsack entfernt. Beim Versuch, das Amnion vom Peritoneum abzuziehen, reisst das Peritoneum weit ein, sodass jetzt die Radikaloperation nach Lindfors ausgeführt wird. Der um den Bruchsack geführte Hautschnitt wird vertieft und durch Fascie und Peritoneum ringsum geführt. Die Leber ist mit dem grössten Teil des centralen Bruchsacks breit verwachsen, nur peripherwärts ist der Bruchsack frei, der Bruchsack wird an der Peripherie der Verwachsung rings durchschnitten; es bleiben in dem Verwachsungsbezirk die Hüllen des Bruchsacks, sowie der kurzabgeschnittene Nabelschnurrest auf der Leber zurück und werden versenkt. Die Nabelgefässe wurden besonders

Digitized by Google

mit Catgut unterbunden. Die weitklaffenden Wundränder werden durch die ganze Dicke der Bauchwand geführte Seidennähte mit einander vereinigt; die Fascie konnte nicht isoliert genäht werden. Während der Operation liess sich nicht verhüten, dass ein grosser Teil der Eingeweide eventriert war.

Der weitere Verlauf war ein guter. Nach 5 Stunden wurde dem Kinde die Flasche gereicht; das Kind trinkt, bricht aber den grössten Teil der Milch wieder aus. Das Erbrechen dauert ca. 24 Stunden. Vom 3. Tage trinkt das Kind an der Brust. Nach 12 Stunden erfolgte der 1. Stuhlgang und dann täglich regelmässig. Am 10. Tage Entfernung der Fäden.

Pat. befindet sich jetzt am 15. Tage post operat. Die Wunde ist primär vereinigt; die Versenkung des ganzen Bruchsacks mit Amnion und Nabelschnurrest hat keine Störung des Wundverlaufes bewirkt. Das Kind hat 400 g an Körpergewicht zugenommen.

Trotz des günstigen Verlaufes dieser Operation möchte K. doch der extraperitonealen Methode Olshausen's den Vorzug geben, mit der Modifikation, dass nicht blos die Haut, sondern auch die Fascie angefrischt wird, und dass Haut mit Haut, Fascie mit Fascie zur Vereinigung kommen. Kommt das Kind sehr bald post partum zur Operation, so soll das Amnion vom Peritoneum abgezogen und reseciert werden. Ist, wie im obigen Falle, das Amnion schon mit dem Peritoneum verbacken, so kann der ganze Bruchsack mit dem kurz abgeschnittenen Nabelschnurrest versenkt werden.

Zusammenfassend lässt sich über die Behandlung der Nabelschnurhernie Folgendes sagen:

1. Die conservative Behandlung soll sich beschränken auf Fälle mit sehr weiten Bruchpforten und auf Fälle, die nicht bald post partum mit noch aseptischen Bruchhüllen in die Behandlung kommen.
2. Die einfache Ligatur des Bruchsackhalses ist nur bei sehr kleinen reponiblen Brüchen möglich.
3. Das Verfahren von Breus ist wegen der Möglichkeit von Nebenverletzungen nicht zu empfehlen.
4. Das Verfahren von Olshausen mit der oben angegebenen Modifikation verdient als extraperitoneale Methode den Vorzug. Ist das Amnion mit dem Peritoneum zu fest verklebt, so dürfen die Bruchhüllen in toto versenkt werden.
5. Die intraperitoneale Methode nach Lindfors ist auf irreponible oder schlecht reponible Brüche zu beschränken.

Diskussion: Zweifel würde bei einem solchen Falle genau nach den Grundsätzen verfahren, wie bei der Nabelhernie Erwachsener. Es wird nämlich die Operation einfacher, wenn man in Anlehnung an diese Grundsätze sich nicht scheut, die Peritonealhöhle zu eröffnen, und das ist gewiss beim Kinde nicht gefährlicher, als beim Erwachsenen. Die Hauptsache für feste Vereinigung ist die Naht der Fascie, die auch hier unbedingt aufgesucht und einzeln mit unterbrochenen Nähten aus dünner Seide vereinigt werden muss. Beim Kind ist noch der Vorteil da, dass die Darmschlingen nicht gebläht sind bei der Naht und sich nachher den Spannungsverhältnissen anpassen können. Für bedenklich hält er unbedingt die Narkose, die freilich jenes Kind wunderbar gut vertragen habe. — Sänger: Es liegt nahe, bei der Erörterung der Frage über die beste Behandlung des Nabelschnurbruches die Radikaloperation der Nabelhernien Erwachsener zum Vergleich heranzuziehen. Hier ist die Eröffnung der Bauchhöhle und die vollständige Resection des vielbuchtigen Bruchsackes unerlässlich. Die Ergebnisse dieser Operation mit vollständiger Wegnahme des Bruchsackes, des ihn bedeckenden Hautbeutels, mit festem Verschluss der nach oben und unten gespaltenen und angefrischten Ränder des Bruchrings mit versenkten Seidenfäden, sorgfältige Naht sämtlicher Schichten der Wunde sind ausgezeichnete. Auch wenn kein Netz reseciert wird, lässt sich der Bruchinhalt selbst über kindskopfgrosser Hernien leicht in die Bauchhöhle zurückbringen. Daher meint S. doch, dass die der

Digitized by Google

Radikaloperation der Erwachsenen entsprechende intraperitoneale Operation des Nabelschnurbruchs mit Resection des amniotischen und peritonealen Bruchsacks nach Lindfors als die im Princip richtigste anzusehen sei. Wohl hat der schöne Krönig'sche Fall gezeigt, dass man Teile des Amnions und der Nabelschnur unbeschadet in die Bauchhöhle versenken könne. Aber dies auch mit dem ganzen Amnionsack, mit grösserem Stück Nabelschnur auszuführen, dürfte doch erhebliche technische Schwierigkeiten mit sich bringen und, da man des aseptischen Zustandes dieser rasch welkenden Gewebe nicht so versichert sein kann, nicht unbedeklich sein. Man kann sehr wohl die Operation nach Olshausen beginnen und durchführen, sofern sich das Amnion leicht vom Peritoneum abziehen lässt. Gelingt dies aber nicht, wird das Peritoneum eingerissen, durchlöchert, so erscheint es gewiss besser, geht auch schneller, den ganzen Bruchsack nach Lindfors wegzunehmen, wenn die anatomischen Verhältnisse dies nur irgend gestatten. Ob man aber das Peritoneum intakt halten kann, ob man es teilweise eröffnet, teilweise oder ganz reseciert, mag schliesslich gleich sein: die Hauptsache ist stets auch hier die exacte Vernähung der Aponeurosen und der Bauchwunde. Je frühzeitiger, je aseptischer operiert werden kann, desto besser die Ergebnisse.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

23) **Das Heissluftbad bei Augenkrankheiten.** Darüber schreibt Primarius Dr. E. Bock (Laibach): „In dem Pavillon für Augenkranke im hiesigen Landesspitale habe ich unmittelbar neben einem Raume, in dem sich Wannenbad und Brause befindet, eine Kammer als Heissluftbad eingerichtet, in der Absicht, hier Schwitzkuren nur unter dem Einflusse heisser Luft auszuführen bei Blutergüssen ins Innere des Auges, bei Glaskörpertrübungen u. dgl., welche man sonst mit Einspritzungen von Pilocarpin oder Verabreichung von Natr. salicyl. und heissem Thee behandelt. Die Erfahrung zeigt, dass — unter Voraussetzung des Fehlens einer Erkrankung des Herzens und der Gefässe, sowie der Lunge — Wärme von 50° C. ertragen wird und 65° C. die diesbezügliche Grenze ist. Meiner Erfahrung nach genügen aber die in meinem Heissluftbade zur Verfügung stehenden 40° C. nicht, um eine ausgiebige Schweisabsonderung zu erzielen. Ich lasse daher die betreffenden Kranken auch in der Heissluftkammer Thee und Natr. salicyl. nehmen und betrachte trotz dieser Nachhilfe die Einrichtung eines solchen Raumes als eine wesentliche Verbesserung des Verfahrens, weil der auf der Pritsche gebettete, möglichst leicht bekleidete Kranke der beängstigenden Bedeckung mit Kotzen u. dgl. entraten kann und die unmittelbare Nähe des Badezimmers an Ort und Stelle eine rasch auszuführende Abreibung mit kühlem Wasser oder ein Bad von 20° C. gestattet, was den Kranken sehr erfrischt und seinen Körper gegen drauffolgende äussere Einflüsse widerstandsfähiger macht. Man kann so zum geringsten die nach einem Schwitzen von 2—3 Stunden kaum vermeidliche Bettruhe umgehen. Nach dem Aufenthalte im Heissluftbade soll der Kranke in einem Raume mit beiläufig 20° C. nur so lange rasten, bis Puls und Atmung wieder regelrecht sind. — Ich habe das Heissluftbad aber auch in anderen Fällen als sehr wirksames Heilmittel kennen gelernt. Durch die Arbeit von Frey und Heiligenthal („Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden") angeregt, lasse ich Augenkranke mit schlechter Esslust, Blutarme, vor allem aber scrophulöse Kinder täglich 1—1½ Stunden in der Heissluftkammer zubringen. Der günstige Erfolg bleibt fast nie aus, in manchen Fällen ist es ganz unübertrefflich. Am überraschendsten ist die Verkleinerung harter Lymphdrüsengeschwülste am Halse, welche, früher unförmlich und entstellend, in wenigen Tagen teigig-weich werden und ganz schwinden oder wenigstens wesentlich kleiner werden. Die Beeinflussung des Stoffwechsels und der Ernährung zeigt sich am besten bei schwer Scrophulösen. Früher matt, hinfällig und teilnahmslos, beginnen sie nach einigen Tagen Gebrauches des Heissluftbades sich fröhlich mit ihren Genossen zu unterhalten, und den meisten Kindern ist der Aufenthalt in der sogen. Schwitzkammer so behaglich, dass sie

Digitized by Google

nach der Morgenvisite auch ohne Aufforderung der Kammer zueilen und dann später das Mittagsmahl mit grosser Esslust verzehren."

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40).

24) **Die Behandlung des Trachoms mit der Knapp'schen Rollzange** empfahl Prof. Greef in der Gesellschaft der Charité-Aerzte (12. V. 98). Das Instrument ist bekanntlich nach dem Princip der Waschrolle oder Mangel angefertigt; die Enden einer gewöhnlichen starken Pincette teilen sich an der Spitze in Form eines Hufeisens, bei dem das Querstück aus einem walzenförmigen, stählernen Cylinder besteht, welcher mit Stiften in Vertiefungen der Seitenarme ruht. Die Anwendung ist folgende: Pat. wird cocainisiert (Cocain 2—3%); Narkose in der Regel überflüssig, nur ab und zu nötig, nicht wegen der Schmerzen, die fast gar nicht vorhanden sind, sondern wegen der Aengstlichkeit und Sträubens der Kinder (man darf gar nicht von „Operation" sprechen, nur von „etwas drücken", zeigt ihnen, dass nichts „Schneidendes" da ist, redet freundlich zu, dann halten die Kleinen schon still). Zunächst wird das schwerer zu behandelnde obere Lid vorgenommen. Man ektropioniert und geht mit der einen Branche recht tief zwischen die Bindehaut der Sclera und des Lides in die Uebergangsfalte, die andere Branche wird auf die Oberfläche des Lidknorpels gelegt. Die Zange wird nun mit mehr oder weniger Kraft geschlossen und vorgezogen, die infiltrierten weichen Massen ausgequetscht, indem die Walzen über die gefassten Gewebe rollend gleiten. Das wird über die ganze Bindehaut wiederholt, bis die Granula und der Gewebssaft vollständig ausgepresst sind. Autor fängt immer in der Mitte an, geht dann nach rechts und links in die Ecken. Die Rollzange wird 2—3 mal über dieselbe Stelle geführt, bis das Nachlassen des Widerstandes zeigt, dass alle fremde Gewebssubstanz entfernt ist. Es kommt sehr auf die Beschaffenheit des Instruments an; bei gut gearbeiteten (die Rollen müssen leicht beweglich sein und nirgends reissen, was man auf Papier versucht) darf es, selbst wenn man noch so ungeschickt verfährt, nicht vorkommen, das Stücke aus der Conjunctiva ausgerissen werden (die ersten in Deutschland gefertigten Instrumente waren fehlerhaft!). Wie rasch die Methode wirkt, demonstriert G. an einem Pat., der die Conjunctiva beider Augen dicht mit Trachomkörnern besetzt hatte. Rechts ist er seit einigen Tagen mit dem Kupferstift touchiert worden, man sieht hier noch dicke, froschlaichartige Körner, links wurde vor 3 Tagen „gerollt", — nirgends ist mehr ein Korn sichtbar, nur mässige Rötung und sammetartige papuläre Beschaffenheit der Conjunctiva ist zu constatieren. Natürlich muss man nach dem Rollen noch lange Zeit Kupfertropfen instillieren, von Zeit zu Zeit controllieren, event. nach einiger Zeit den Eingriff wiederholen, stets aber gelingt es, so den Process ganz erheblich abzukürzen und zur Heilung zu bringen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 Nr. 40.)

25) **Die Behandlung der Ophthalmoblennorrhoëa neonatorum** ist nach Dr. Wolffberg (Breslau), der mit seiner Methode unausgesetzt gute Resultate erzielt hat, folgendermassen zu leiten: Zunächst soll man das Kind nicht auf dem Schosse der Mutter oder auf den eigenen Knieen behandeln, auch nicht auf der harten Tischplatte, sondern der von ihm angegebene Kindertisch, der statt einer Holzplatte eine Mulde aus Segelleinwand trägt, ist fast unentbehrlich. Im Uebrigen bedarf es noch einer 2%igen Lösung von Argent. nitric., einer 5%igen Xeroformvaselinsalbe, die mittelst Glasstäbchens in den Bindehautsack zu bringen ist, und einer Formalinlösung (auf 100 g Wasser 1 Tropfen Formalin-Schering) nebst fertigen Wattebäuschchen und Pipetten. Xeroform und Formalin sind ja nicht unentbehrlich und event. durch was Anderes ersetzbar, dagegen möchte Autor vorläufig Front machen gegen Verdrängung des Argent. nitr. durch Argentamin, Protargol etc., die noch viel zu wenig erprobt sind. Autor geht so vor: das Auge wird mit in Formalinlösung getränkten Wattebäuschchen gereinigt; dann lässt man einen Tropfen Argentumlösung auf das umgedrehte Oberlid, einen auf die Schleimhaut des Unterlides fallen, trocknet die Lider, speziell die Ränder, äusserlich sorgfältig ab, bringt etwas Xeroformsalbe in den unteren Conjunctivalsack und verreibt dieselbe sanft. Diese Procedur wird 2 mal täglich vorgenommen, so lange starke Eiterung besteht, später nur 1 mal täglich. Nach dieser Applikation wird dem Auge 1 Stunde völlige Ruhe gelassen; nur wenn das Kind sehr schreit, werden anfangs die Lider öfter vorsichtig auseinandergezogen, weil mit den Thränen etwa beim Reinigen entgangener Eiter aus der Tiefe des Bindehautsacks auszutreten pflegt.

Digitized by Google

Eis wendet Wolffberg nie an. Das gesunde Auge schützt er durch täglich prophylaktisches Einträufeln von Argent. nitric., 2 mal am Tage.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges 1898, 27. October).

26) **Protargol bei Ophthalmoblennorrhoëa neonatorum** empfiehlt warm Dr. A. Lesshafft (Görlitz), der das Mittel bei 18 Fällen anwandte und mit demselben (5 %ige Lösung, meist 3 mal, in schweren Fällen 5 mal und event. auch in der Nacht mehrmals eingeträufelt) sehr günstige Erfolge erzielte; die übrige Behandlung bestand nur in Sublimatauswaschungen (1:5000, anfangs stündlich, dann seltener) behufs Entfernung des Sekrets (keine Eisumschläge!) In fast allen Fällen in 3–5 Tagen wesentliche Besserung, 1 mal nach 5, 3 mal nach 6, 4 mal nach 7, 4 mal nach 8, 2 mal nach 10, 1 mal 11 und 1 mal nach 13 Tagen Heilung, 1 mal erst nach 29 Tagen. Von den Pat. kamen 9 in der 1. Lebenswoche, 5 anfangs der 2. in Behandlung (genasen meist in kürzester Frist), 1 mal bestand das Leiden seit 3 Wochen (Heilung in 5 Tagen), 1 mal seit 4 Wochen (Heilung nach 14 Tagen), 2 mal nach 6 resp. 8 Wochen (mit enormen wulstigen Granulationen, die in 8 Tagen verschwanden, worauf völlige Heilung nach 13 resp. 8 Tagen eintrat). War nur ein Auge erkrankt, täglich 1 mal Einträufelung von Protargol ins andere. wodurch ausnahmslos der Erkrankung vorgebeugt wurde. In 2 vor Beginn der Behandlung sehr vernachlässigten Fällen mit Hornhautgeschwüren machten diese unter Protargol keine Fortschritte mehr, sondern heilten normal. L. kommt zu dem Schlusse, dass das Protargol bei der Behandlung der Ophthalmo-Gonorrhoë dem Argent. nitric. bei weitem vorzuziehen ist, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Es besitzt mindestens ebenso sicheren spezifischen Einfluss auf Gonokokken wie das Argent. nitric. bei grösserer Tiefenwirkung und Freisein von jeder Aetzwirkung.
2. Weil die Aetzwirkung fehlt, ist es völlig ungefährlich, kann daher in stärkerer Concentration angewandt und ohne Schaden zur Prophylaxe auch Laien, wie Hebeammen, in die Hand gegeben werden.
3. Die Dauer der Kur ist stets eine erheblich kürzere, als bei Anwendung von Höllenstein.
4. Die Schmerzhaftigkeit ist jedenfalls geringer, als man solche Arg. nitr. erzeugt.
5. Die Schwellung und Sekretion lassen bei Protargol-Anwendung immer sehr schnell nach, sodass man die lästigen Eisumschläge entbehren kann.
6. Die Pat. brauchen nicht so häufig in die Sprechstunde gebracht zu werden, und man kann den Angehörigen die Anwendung des Mittels überlassen, wobei selbstverständlich dafür gesorgt sein muss, dass dies sachgemäss geschieht.

Auch 2 Kinder (1/2 und 5/4 Jahre alt) mit Conjunctivitis crouposa wurden mit Protargol behandelt; es trat nach 7 resp. 9 Tagen völlige Heilung ein. Sonst bewährte sich Protargol bei Conjunctivitis und Trachom nicht sehr.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 15. XII. 98.)

27) **Protargol bei Ophthalmoblennorrhoëa neonatorum** empfiehlt Dr. Jänner (Wien, Augenklinik von Prof. v. Reuss). Die Conjunctiva der umgestülpten Lider wird täglich vom Arzt 1 mal mit 5 %iger (bis 10 %iger) Protargollösung mittelst Augentropfglases ausgiebig betupft, hieraufmit Glasstab ein erbsengrosses Stück einer 5 %igen Ichthyolvaselinsalbe in den Conjunctivalsack appliciert, die Augen öfters am Tage von den Angehörigen mit Kaliumpermanganlösung ausgespült und morgens und abends von ihnen 10 %ige Protargollösung eingeträufelt. Von 15 Fällen wurden 12 in 2—3 Wochen vollständig geheilt, in 3 Fällen versagte die Therapie (hier wurde dann 1 mal täglich mit 2 %iger Höllensteinlösung touchiert und 5 %ige Ichthyolsalbe angewandt, worauf nach einigen Wochen Heilung eintrat.

(Die Heilkunde, November 1898.)

28) **Hydrarg. colloidale** (Chem. Fabrik v. Heyden, Radebeul) hat auf Crédés Rat Dr. O. Werler (Berlin) in der syphilidolog. Abteilung seiner Poliklinik vielfach angewandt, nachdem er sich daraus folgende Präparate hatte fertigen lassen (Ebel'sche Apotheke, Berlin Neue Königstr. 50):

1. Ung. Hydrarg. colloid. (10 %) zu Inunctionskuren.
2. Sol. Hydrarg. colloid. (1—2 %ige wässrige Lösung) für subcutane Injectionen.

Digitized by Google

3. Pilul. Hydrarg. colloid. (0,3 auf 30 Pillen) zu internem Gebrauch.
4. Tablett. Hydrarg. colloid. (comprimirt, aus 1 g. Hydr. coll.) zur Selbstbereitung von Lösungen, für Bäderbehandlung bei Kindern.
5. Emplastr. Hydrarg. colloid., zur Applikation auf Drüsentumoren, Ulcerationen.

Alle diese hat Werler bereits mit gutem Erfolge benutzt, besonders die Salbe zu Inunctionskuren, die sehr praktisch sind, weil die Salbe sich sehr rasch zerreiben lässt, nie die Haut reizt und dabei präcis wirkt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 42.)

29) **2 Fälle von congenitaler syphilitischer Lebercirrhose bei Kindern** sah Clarke auf dem Sectionstische. In beiden Fällen waren die Kinder aufs Aeusserste abgemagert, hatten alle Nahrung erbrochen, die Syphilis der Eltern war festgestellt, Gelbsucht fehlte, die Leber war enorm vergrössert. Mikroscopisch fand sich reichliche Entwickelung von kernhaltigem Bindegewebe längs den intralobulären Capillaren mit nachfolgender Atrophie der Leberzellen.

(Amer. Journ. of med. sciences April 1898. — Menatshafte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. XXVII. No. 12.)

30) **Multiple extragenitale Primäraffecte des Gesichts** zog sich, wie Dr. Hahn im Aerztl. Verein in Hamburg (29. XI. 98) demonstrierte, eine Frau bei der Pflege eines hereditär-syphilitischen Kindes zu, indem beim Baden desselben ihr Wasser ins Gesicht spritzte, als sie gerade einen während der Menstruation entstandenen Herpes am Munde hatte; entsprechend den Herpesblasen entstanden 3 Initialsclerosen am Kinn und 2 an der Oberlippe. Die Syphilis wurde dann manifest.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 49.)

31) **Die so hartnäckigen eitrigen Ekzeme des Gesichts bei scrophulösen Kindern** behandelt Primarius Dr. E. Bock (Laibach) erfolgreich mit Dermatol. Man darf aber nur mit dem Mittel nicht sparen; es soll eine dicke Schicht bilden, die unter einer über das ganze Gesicht gelegten mehrschichtigen Mullmaske zu einer Kruste wird, die man sich nach und nach selbst abstossen lässt. B. beobachtete bei Verwendung auch grosser Mengen Dermatols niemals Störung des Allgemeinbefindens. — Auch Schrunden der Lider, z. B. bei scrophulösen Kindern heilen schnell bei Bestäubung mit Dermatol.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

32) **Das nässende und borkige Ekzem des Kopfes, Gesichts, der Ohren etc. kleiner Kinder** behandelt Dr. M. Hodara (Constantinopel) seit einigen Monaten mit Erfolg mit folgender Medikation:

Rp. Axung. benz. 12,0
Ol. Olivar. 9,0
Hydrarg. praec. rubr. 15,0
Sacch. alb. subt. pulv. 6,0
Acid. carbolic 0,05—0,5
(je nach Stärke des Nässens oder Juckens).

Der Zucker (es soll Kandiszucker genommen werden) muss, bevor er zerstossen wird, entwässert und 1 Stunde lang im Wasserbade getrocknet werden. Namentlich in einigen Fällen von chron. nässendem Ekzem des Kopfes und der Ohren, das sehr hartnäckig war und stark juckte, hat sich die Salbe als recht wirksam erwiesen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. XXVII. No. 10.)

33) **Naftatan bei Kopfekzem der Kinder** hat Dr. J. Hirschkron (Wien) mit sehr gutem Erfolg angewandt.

(Therap. Beilage Nr. 12 zur Deutsch. med. Wochenschrift 1898.)

34) **Tannoform** hat Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) bei vielen Fällen von Ekzem, z. B. ad anum, bei Intertrigo mit bestem Erfolge benutzt. 5%ige Vaselinsalbe brachte rasche Heilung. Auch bei Balanitis und Hyperidrosis bewährte sich das Mittel bestens. Bei letzterer wurden kleine Quantitäten des Pulvers auch direkt in die Haut eingerieben, wodurch es in 5—6 Tagen gelang, die Schweisssecretion auf 3—4 Wochen ohne Schaden zu sistieren. Reizerscheinungen traten selbst bei Kindern 5–6 Jahren nicht ein von.

(Wiener med. Blätter 1898 No. 46.)

35) **Chronische Ekzeme mit Röntgenbestrahlung erfolgreich behandelt** hat, wie er im Aerztl. Verein in Hamburg (29. XI. 98) mitteilte, Dr. Albers-Schönberg. Unter den Fällen befindet sich auch ein 11 Monate altes Kind mit

Digitized by Google

chron. impetiginösem Ekzem des Kopfes; dasselbe heilte unter erheblichem Defluvium capillitii ausserordentlich schnell ab, die Haare kamen nach einigen Monaten wieder. Zur Behandlung von Ekzemen sind nur wenige Sitzungen (10—12) nötig.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 49.)

36) **Die Uebertragbarkeit der Alopecia areata** beweisen wieder 4 von B. Plonski beobachtete Fälle, 2 Geschwisterpaare betreffend, die nach einander von dem Leiden befallen wurden, indem sie dasselbe Kammzeug benutzten. Beide Patientenpaare waren sonst gesund, hereditär nicht belastet, es fehlte jeder Anhaltspunkt für die Annahme eines trophoneurotischen Ursprungs des Leidens. (Dermatolog. Zeitschr. 1898. Bd. V. Heft 3.)

37) **Mutter und Tochter an Lupus erkrankt** fand Dr. Edm. Meyer und stellte die Pat. in der Berliner laryngolog. Gesellschaft (1. IV. 98) vor. Beide hatten immer dasselbe Handtuch und denselben Seiflappen benutzt! Es hat also hier offenbar eine Uebertragung des Lupus von einer Person auf die andere stattgefunden. (Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 41.)

38) **Acute Psoriasis bei einem 7 Wochen alten Kinde** beobachtete R. Abrahams. Ohne irgendwelche allgemeine oder lokale Beschwerden zeigten sich typische punktförmige bis erbsengrosse Efflorescenzen zuerst an den Ellbogen und Knien, später an den Streckseiten der Extremitäten, zuletzt auf dem Rumpfe in diffuser Verbreitung. Psoriasis im 1. Lebensjahre ist sehr selten.

(Pediatrics, 15. II. 98. — Dermatolog. Centralblatt. Oct. 1898.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

8) **Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten** nennt Privatdoz. Dr. Neumann ein kleines Werk (285 S., Preis: Mk. 7), das jüngst bei O. Coblentz (Berlin) erschien. Nicht ein Lehrbuch stellt es dar, sondern der Verfasser giebt in Form von Briefen „an einen jungen Arzt“ demselben mehr aphoristisch Ratschläge und Instructionen auf Grund eigener Erfahrungen, die er in der Praxis gemacht hat. Dabei zieht er das ganze Gebiet der Kinderkrankheiten, alle wichtigen Kapitel über Ernährung, Hygiene etc. in den Bereich seiner Besprechungen, sodass nichts Wesentliches vermisst wird. Die Form der Darbietung gestattete ihm, die Darstellung freier, lebhafter, anregender zu gestalten, und so liest sich das Buch von Anfang bis zu Ende sehr hübsch, die Lectüre lässt ein Ermüdungsgefühl nicht aufkommen. Ausserdem ist aber alles, was der Autor bietet, für den jungen Praktiker (auch oft genug für den älteren!) wirklich höchst lehrreich und interessant, da Neumann, ohne je weitschweifig zu werden, auf so manche Details Wert legt, die man wo anders kaum findet, manche Dinge geistreich beleuchtet u. s. w. Das Werk bildet deshalb eine vorzügliche Ergänzung zu jedem Lehrbuch der Pädiatrie und dürfte viel Beifall finden.

9) **Die Krippen und ihre hygienische Bedeutung** bespricht der bekannte Baseler Pädiater Prof. Hagenbach-Burckhardt in einer kleinen Brochüre (Jena, G. Fischer. Preis 75 Pf.) auf Grund eigener Erfahrungen in Baseler Krippen. Autor weis tdie Vorwürfe zurück, die namentlich in Deutschland dem Krippenwesen gemacht worden sind, er weist im Gegensatz dazu auf die erfreulichen Resultate hin, die z. B. in Basel erzielt worden sind, und giebt Anregungen, auf welche Weise eine Verbesserung der Mortalität etc. auch anderswo erreicht werden könnte. Keinesfalls dürfen die Krippen verworfen werden, im Gegentheil sind sie etwas ungemein Nützliches und für die Gesundheit der Kinder Erspriessliches, sodass ihre Förderung auch in Deutschland vom Standpunkt des Kinderfreundes und Hygienikers nur warm empfohlen werden kann. Wir machen die Collegen auf die kleine Schrift ganz besonders aufmerksam, deren Lectüre gewiss viele zu Freunden der bei uns zu Unrecht in Misscredit gekommenen Krippensache machen dürfte.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. 1. April 1899. No. 4.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

4) Erwiderung an Dr. J. Barannikow und noch ein schwerer Fall von Diphtherie.

Von

Dr. **Hermann Neumann**

in Potsdam.

B a r a n n i k o w hat auf meine halbseitenlange Auseinandersetzung: „Ein anderer schwerer Fall von Diphtherie [1]) mit einem über vier Seiten langen Aufsatz geantwortet [2]), ohne leider irgend etwas Thatsächliches zu bringen; vielmehr hat er nach Art anderer Serumtherapeuten und Bacteriologen es vorgezogen, sich in persönlichen

[1]) Centralbl. f. Kinderheilk. 1898 No. 6.
[2]) Centralbl. f. Kinderheilk. 1899 No. 2.

Digitized by Google

Verunglimpfungen zu gefallen, ein Verfahren, das sehr treffend schon A. Gottstein[1]) gegeisselt hat. Ich habe durch die kurze Mitteilung eines prägnanten casuistischen Beitrags nur zeigen wollen, dass die Serumtherapie im Stiche lässt in Fällen, in welchen unsere alten Behandlungsmethoden zu einem — kurz — guten Ende führen können. In meinem mitgeteilten Falle hätte Barannikow den speciellen Vorwurf, dass das — nebenbei 7jährige — Mädchen, welches am Weihnachtsabend erkrankte und am Abend des Neujahrstages — also nach mindestens 9tägiger Krankheitsdauer — in ärztliche Behandlung getreten war — nach den Grundsätzen der Serumtherapeuten die grössere Wahrscheinlichkeit eines letalen Endes für sich hatte, klipp und klar zurückweisen sollen. Dies hat er nicht gethan; das hat er auch nicht thun können, weil Heubner, Ganghofner, Kossel, Monti, viele practische Aerzte übereinstimmend die fast gänzliche Wirkungslosigkeit des Diphtherie-Heilserums nach dem 5.—6. Tag der Erkrankung angeben, und Baginsky[2]), der eifrigste Serumfreund und wohl auch die höchste Autorität für Barannikow, hat das Serum als ganz sicher wirkendes Mittel nur unter der Voraussetzung möglichst frühzeitiger Anwendung und in ausreichender Quantität bezeichnet. Und wenn Barannikow es beklagt, dass ich trotz allem doch nicht das Serum in Anwendung gezogen, so geschah es aus der begründeten Furcht vor einer Herzlähmung durch das Serum[3]). Damit komme ich zu dem allgemeinen Vorwurf gegen die Serumtherapie, nämlich, dass ihr mehr oder weniger unangenehme und böse Folgeerscheinungen eigentümlich sind. Diesen Vorwurf hat Br. ebenfalls nicht nur nicht zurückgewiesen, sondern im Gegenteil offen anerkannt. „Vornehmlich in denjenigen Fällen — wo eine Entwickelung schwerer Folgeerscheinungen post usum subcutaneum wahrscheinlich ist, empfiehlt er die Application per os. Doch über die letztere, weil bisher ungebräuchliche, ist vorläufig kein Urteil zu fällen; nur dürfte sie — das ist jetzt schon als sicher hinzustellen — in praxi unmöglich sein, denn zum Verbrauch bis zu 12000 Einheiten pro Kranken müsste man ein Krösus sein oder doch einen solchen wenigstens zur Seite haben!

Wir practischen Aerzte, gerade in Diphtherie-Erkrankungen an Erfahrung nicht arm, haben es wahrlich nicht notwendig, uns einem Barannikow'schen Areopag „von einem Hundert gelehrter Specialisten“ (einseitiger Richtung!) nach Pagoden-Art stumm und dumm zu unterwerfen, wenn jetzt A. Gottstein's epidemiologische Studien noch nicht unparteiische Würdigung erfahren haben. Wir gerade „als aufmerksame und tiefer denkende Aerzte“ mit höchster Verantwortung vor unserem eigenen Gewissen und gegenüber unseren Kranken dürfen niemals mit unserer Meinung zurückhalten, bis auch die letzten Zweifel und Bedenken über die Wirkungsweise neuer, sehr differenter Mittel gehoben sind: ausschliesslich zum Wohle der Kranken! Nicht die Krankheit wollen wir heilen, sondern den Kranken, ist ja schon so oft wiederholt worden!

---

[1]) Die Bekämpfung der Diphtherie, Berl. kl. Wochenschr. 1896 No. 50.

[2]) Berl. klin. Wochenschrift 1898 No. 27; Gottstein, Therap. Monatshefte 1898, August.

[3]) Vgl. auch Serumtherapie u. Diphtherie, Deutsche med. Wochenschr. 1899, Therap. Beil. No. 2.

Digitized by Google

Im einzelnen muss ich Barannikow bemerken, dass sich meine Ansicht über Diphtheriebacillen der von Gottstein, Schanz u. s. w. anschliesst; mein Bericht[1]: „die Diphtherie in meiner Praxis vom 1. Januar 1894 bis zum 1. April 1898“ zeigt ihm, dass der Genius epidemicus ein sehr milder ist und dass ich ausdrücklich es zurückwies pro domo zu reden! „Dass man aber die Diphtherie überhaupt nicht zu behandeln braucht“ ist eine Behauptung Barannikow's, nicht die meinige: ich spreche ausdrücklich von der Anwendung der alten Methoden ohne Serum — das ist aber etwas anderes, wie keine Behandlung, nur „auf die abwartende Stellung“ zur Anwendung des Heilserums muss ich heute um so mehr aufmerksam machen, als Barannikow folgenden mit Behring's Serum behandelten Fall ebenso wie ich tieftraurig verlaufend nennen muss.

Willy W., 8 J., ist seit 16. XII. 98 krank und klagt über Halsschmerzen. Anamnestisch lässt sich feststellen, dass er in seinem 1. Lebensjahr schwere Diphtherie und Scharlach, im Frühsommer 1898 Lungenentzündung, im Hochsommer 1898 Mandelentzündung — ohne Folgeerscheinungen durchgemacht hat. Sonst war er recht gesund; seine jetzige Krankheit setzte plötzlich mit Unbehagen ein.

17. XII. 98 Mittags. Pat. benommen, schläft viel. Zunge belegt. Beide Mandeln stark geschwollen mit grauweissen Flecken, welche durch einen leichten Schleier mit einander verbunden sind. Starker Foetor ex ore; subm. Drüsen schmerzhaft, wenig geschwollen. T. 39,6° C. Atmung beschleunigt. Herz normal. Urin eiweissfrei. Therap.: Sofortige Einspritzung von Behrings Serum No. II (Op. N. 657) in den linken Oberschenkel. Wein. Eispillen. Eiscravatte. — Den Eltern stellte ich eine günstige Prognose.

18. XII. Abends. T. 37° C.; Belag schmierig gelb; weiter ausgebreitet.

19. XII. Temp. 37° C.; Beleg wie gestern, doch dicker. Allgemeinbefinden gut; munter.

20. XII. Belag hat sich über beide Mandeln ausgebreitet, über den weichen Gaumen bis ans Zäpfchen und auf dieses selbst. Temp. 37°.

21. XII. Demarkation des Diphtheriebelags.

22. XII. Belag von den Mandeln stösst sich zum grossen Teil ab. Pat. klagt über das rechte Ohr. — Hydropathische Umschläge.

25. XII. Belag völlig abgestossen. Schmerzen im Ohr geringer.

27. XII. Pat. verlässt auf 2 Stunden das Bett und sitzt auf dem Sopha.

28. XII. Urin stark eiweisshaltig, 5‰. Esb. Mikroscopisch (Dr. Blanck) massenhaft Epithelial, gekörnt-hyaline Cylinder, wenig Eiterzellen und Epithelien, Tripelphosphate; Sprosspilze.

29. XII. Herz nach R. bis zum l. Sternalrand verbreitert; Puls unregelmässig. klein, etwa 120 in der Minute. — Therap. Bettruhe; Eis aufs Herz. Wernarzer Brunnen 1/2 Flasche pro die in 3 Portionen.

31. XII. stat. idem.

3. I. 1899. Eiweiss 1‰ Esbach. 0,5—0,7 Ltr. Urin pro die. Herzthätigkeit sehr unregelmässig, delirirend; oberer Rand der Dämpfung fällt mit dem oberen Rand der 3. Rippe zusammen; nach R 1/2 cm über den l. Sternalrand. Das Gesicht ist ödematös; die Kraft sehr gering; Schlaf gut; Appetit sehr gut. — Viel Milch und Gemüse!

6. I. Allgemeinbefinden vorzüglich. Eiweiss 1‰; mikroscopisch: (Dr. Blanck): Der Urin ist besser geworden; alle morpholog. Bestandtheile weniger; 2 hyaline Cylinder. — Bronchitische Erscheinungen.

9. I. Herzthätigkeit immer noch unregelmässig, springend und hüpfend; Herztöne andauernd rein. Die Verbreitung ist nicht zurückgegangen. Therp.: Inf. fol. Digitalis 0,3 c. Liq. Amm. anis. 1,5 c. Apomorphin. 0,02.

12. I. Die Herzthätigkeit beginnt eine grössere Regelmässigkeit zu zeigen; das Rasseln auf der Brust ist geringer. Die allgemeine Schwäche geringer.

16. I. Das Herz schlägt fast normal: auf 4—6 Schläge ein springender Schlag. Urinmenge reichlich; Eiweiss in Spuren. Wernarzer wird ausgesetzt.

20. I. Puls noch klein; Irregularität bedeutend geringer.

22. I. Pat. bekommt gewöhnliche Kost. Herzvergrösserung nicht vorhanden.

---

[1]) Therap. Monatshefte 1899 No. 2, 3.

Digitized by Google

25. I. Urin eiweissfrei. Herzthätigkeit fast normal.

28. I. Pat. verlässt das Bett, kann aber nicht auf den Beinen stehen.

29. I. Pat. näselt! Das Gehen ist schwerfällig; atactisch; auch die Arme sind bedeutend schwächer; der Kopf sinkt beständig nach vorn. Die Augen blicken stier. Therap.: Haematogen Hommel.

3. II. Pat. wäre in der Nacht, wahrscheinlich durch Speichelschlucken, beinahe erstickt; er vermag nur stossweise zu atmen; nur langsam trinken, dagegen feste Massen besser schlucken. Therap.: Tinct. nuc. vomic. c. Tinct. cort. Aurantii.

7. II. Herr College Masius nimmt gütigst in meiner Vertretung folgenden Status pr. auf: „Sehr schwächlicher anämischer Knabe mit schlaffer Muskulatur. Puls 90, ab und zu unregelmässig (auf 2 Schläge kurze Pause). Urin frei von Eiweiss. Herz nicht vergrössert, Herzmuskulatur sehr geschwächt, unregl. Action: bald stärkere bald schwächere Contraction; einzelne Schläge unregelmässig. Atmung beschleunigt, Inspiration sehr mühsam (es bildet sich in der Foss. jugul. eine leichte Einziehung); Exspiration fast normal. Forcierte Exspiration, z. B. beim Husten, ist nicht möglich, da die Exspir.-Muskulatur offenbar in ihrer Action sehr beeinträchtigt ist. Sonstige Lähmungserscheinungen: Uvula hängt senkrecht, unbeweglich; weicher Gaumen wenig beweglich; Schlundmuskulatur paretisch (Getränke fliessen durch die Nase zurück!) Sprache undeutlich. Der Husten klingt beinahe wie bei Pertussis; Auswerfen von Schleim ist nicht möglich. — Die oberen Extremitäten anscheinend normal; die unteren sehr schwach, paretisch, spastischer, hilfloser Gang; Intentionszittern. — Augen: stieren. Accomodation: etwas gestört; Muskeln: nicht gelähmt, schwach. Resumé: grosse, allgemeine Schwäche. Das Kind macht den Eindruck eines sehr kranken, abgezehrten Kindes, dessen Reconvalescenz sich noch monatelang hinziehen dürfte.“

Bei dem 7jährigen Mädchen, welches am 9. Krankheitstage in Behandlung genommen wurde, stiessen sich die Beläge am 8. Tage der Behandlung — ohne Serum — ab; die „völlige“ Gesundung des Kindes konnte nach einer Behandlung von kaum zwei Monaten festgestellt werden — und bis heute ist sie nicht wieder gestört worden. Bei dem achtjährigen Knaben, welcher anscheinend leicht erkrankte und doch schon innerhalb der ersten 24 Stunden ausreichend Behrings Serum eingespritzt bekam, stiessen sich die — viel kleineren Beläge — am 7. Tage ab; heute aber, nach etwa zwei monatlicher Behandlung kann ich von Gesundung nichts feststellen: vielmehr müssen für das elende, abgezehrte, mitleiderregende Wesen noch Monate von Hoffnung, Bangen und Schmerz dahin gehen! Gewiss sprechen die beiden Fälle keine Entscheidung aus; aber sie rechtfertigen eine „abwartende, beobachtende Stellung“. Wenn Barannikow also nicht mit thatsächlichem Material antwortet, will ich für meinen Theil von einer weiteren Discussion Abstand nehmen; theoretische Klügeleien und Betrachtungen würden den „litterarischen Ballast“ nur vermehren — eine Anschauung, worin ich Barannikow völlig beistimme.

II. Referate.

65) **Kümmell.** Die congenitale Hüftluxation in Röntgen'scher Durchleuchtung und die Resultate ihrer Behandlung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 51.)

K. hat in den letzten $2^1/_2$ Jahren 45 Pat. unblutig redressiert, nachdem er sich vorher durch Röntgenaufnahmen von dem Stande der Dinge überzeugt hatte. Da traten nun 3 Gruppen zum Vor-

Digitized by Google

schein: 1. die Fälle, wo überhaupt keine Pfanne vorhanden war; 2. die, wo die Pfanne angedeutet war; 3. die, wo kein räumliches Missverhältnis zwischen Kopf und Gelenkpfanne bestand (nur 5 Fälle). Bei allen Gruppen waren die erzielten Resultate sehr günstige. Obwohl nur wenige Köpfe in der Pfanne standen, hatte sich durch Transposition ein fester Widerhalt am Becken gebildet, der Gang und die Beweglichkeitsverhältnisse waren durchaus befriedigend. Es genügte also, eine Fixation des Schenkelkopfes anzustreben, durch welche die abnorme Beweglichkeit aufgehoben wurde; ob der Kopf dabei an die Stelle gebracht ist, an die er anatomisch hingehört, ist für die spätere Function von nicht so grosser Bedeutung. In den meisten Fällen gelingt es ohne Schraube, das luxierte Bein herabzuziehen und dann die Transposition des Kopfes vorzunehmen.

---

66) **S. Weiss.** Schädel- und Rippenfracturen eines 3 Wochen alten Kindes, entstanden vor, während oder nach der Geburt?

(Aus dem Carolinen-Kinderspitale in Wien.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1898 Bd. 48 Heft 2.)

M. J., 20 Tage alter Knabe, am 12. XII. 1897 aufgenommen, zweitgeborenes Kind. Die Geburt erfolgte am normalen Schwangerschaftsende und soll nach Angabe der intervenierenden Hebamme in Kopflage und sehr leicht spontan erfolgt sein. Das Kind soll schon in den ersten Lebenstagen die Brust zu nehmen verweigert und stets sehr wenig getrunken haben; später trat Erbrechen ein, während der Stuhl regelmässig war. Bewusstlosigkeit, Aufseufzen, Stöhnen, Verzerren des Gesichtes soll erst seit einem Tage vor der Aufnahme bestehen.

Status praesens. Das Kind ist dem Alter entsprechend lang (50 cm), von gracilem Knochenbau, schlaffer, abgemagerter Muskulatur und Unterhautfett, blasser, welker Haut mit einem Stich ins Gelbliche, deutlicher in den Conjunctiven. Zeitweise Convulsionen der gesamten Muskulatur. Das Kind liegt in der Seitenlage mit an den Körper gezogenen Armen und Beinen. Schädelumfang 36 cm, dichter Haarwuchs, grosse Fontanelle vorgewölbt, gespannt, keine Pulsation, kleine Fontanellen und sämtliche Nähte weit offen, Knochen überall hart. Gebilde des Rachens zeigen nichts Abnormes, aus den Ohren kein Ausfluss. Von Seiten der Hirnnerven folgender Befund: Stirn wird beiderseits in gleicher Weise gerunzelt, die Augenbrauenbogen stehen gleich hoch, die linke Lidspalte ist weiter als die rechte, im Bereiche der unteren Facialisäste eine Differenz nicht mit Sicherheit nachweisbar. Geringer Strabismus convergens, welcher bei forcierten Augenbewegungen deutlicher wird, kein Nystagmus, Pupillen sehr enge, gleich, auf Licht prompt reagierend. Kopf ziemlich gut beweglich. Sensibilität erhalten, auf Nadelstiche prompte Abwehrbewegung. Extremitäten werden gut bewegt. Reflexe erhalten. Lungenbefund weist hellen Schall rechts vorne bis zur sechsten, links bis zur vierten Rippe, rückwärts bis zum zehnten Wirbeldorn und allenthalben vesiculäres Atmen auf; die Atmung ist sehr oberflächlich, leise, unregelmässig, dem Cheyne-Stokes'schen Typus ähnlich. Herzdämpfung beginnt an der vierten Rippe, reicht nach rechts bis zum linken Sternalrande, nach links fast bis zur Mammillarlinie, in welcher im vierten Intercostalraume der nur schwer tastbare Spitzenstoss liegt. Herztöne rein, begrenzt, arythmisch. Puls in der A. radialis klein, kaum fühlbar, beschleunigt, unregelmässig, Frequenz in der A. brachialis 192. Abdomen im Niveau des Thorax, weich, tympanitisch, Abdominalorgane nicht vergrössert. Nabel noch nicht vernarbt, etwas feucht, kein Secret ausstreifbar. Stuhl von normaler Beschaffenheit, im Harn keine pathologischen Bestandteile. Im Laufe der nächsten zwei Tage wiederholen sich zeitweise die Convulsionen der gesamten Muskulatur, der Kopf blieb immer noch gut beweglich, kein Widerstand bemerkbar, die Spannung der Fontanelle nahm zu, die Lidspaltendifferenz blieb unverändert, auf Kornealreiz wurden jedoch beide Lider vollständig geschlossen, Erbrechen blieb anhaltend. Am dritten Tage trat Exitus ein.

Digitized by Google

Die Diagnose wurde auf eine intermeningeale Blutung gestellt, die im frühesten Kindesalter nicht so selten ist. Eine äussere Verletzung (Suffusion etc.) lag nicht vor. Es unterblieb daher eine gerichtliche Anzeige, obwohl der Fall einigermaassen auffallend war.

Gegründet wurde die Diagnose auf den Befund des Hirndruckes, der stark vorgewölbten, nicht pulsirenden, auch in ihrer Spannung unveränderlich grossen Fontanelle, welch' letzteres Symptom im Zusammenhalte mit der fehlenden Nackenstarre, dem Ausbleiben des Einsinkens des Abdomens und der sich nicht wesentlich verschlechternden Atmung gegen die Annahme einer Meningitis sprach.

Sektionsbefund: 53 cm lange, 2200 g schwere männliche Kindesleiche, schwächlich, mager, die Haut am Rücken violettrot, der Bauch faulgrün, fast blass. Die Haut des Kopfes graurot ohne Verletzungsspur. Die Augen eingesunken, die Schleimhäute bleich, die Ohren ohne Ausfluss. Hals und Brustkorb entsprechend entwickelt, der Bauch leicht gespannt, der Nabel trichterförmig eingezogen, am Grunde etwas feucht. Der Hoden im Hodensacke, die Haut in der Umgegend des Afters etwas gerötet, die Glieder schlaff. An der rechten Seite der Nasenwurzel und am rechten Nasenflügel je eine streifenförmige, 2 mm lange, gelbbraun vertrocknete Hautabschürfung. Die Schädeldecke über der ganzen Convexität, namentlich stark entsprechend den hinteren Anteilen der Scheitelbeine, sowie an der rechten Schläfe von einer dicken Schicht fest geronnenen und ins Bräunliche verfärbten Blutes durchsetzt. Das Schädeldach ziemlich gross, unter seiner Beinhaut entsprechend dem rechten Scheitelbeine, etwas bräunliches Blut ausgetreten. Der an die Pfeilnaht angrenzende Teil des Knochens etwa entsprechend dem mittleren Anteile der Pfeilnaht in der Ausdehnung von 3,5 cm in der Breite nicht normal verknöchert, sondern aus einzelnen verschieden grossen Knochenplatten bestehend, die gegen einander verschieblich sind. Eine ähnliche Veränderung an entsprechender Stelle, doch in geringerer Ausdehnung am linken Scheitelbeine. Diese Knochenpartien sind gegen die Umgebung durch abgerundete, unregelmässig bogenförmige Ränder begrenzt. Von der vorderen Umrandung im rechten Scheitelbein gelegenen und eben erwähnten Partie verläuft nach abwärts in der Richtung gegen den Scheitelbeinhöcker ein 2,5 cm langer, bis 4 mm breiter Knochensprung, an dessen unterem, erweichtem, abgerundeten Ende ein nur wenig klaffender Spalt einerseits nach vorne gegen die Mitte der rechten Kranznahthälfte, andererseits nach hinten und unten zum Scheitelbeinhöcker zieht. Dieser letzterwähnte Knochenspalt klafft nur ganz wenig, ist aber ebenso wie der ersterwähnte, stark klaffende aussen vom Perioste, innen von der harten Hirnhaut überbrückt. Vom Scheitelhöcker geht überdies ein 4 cm langer Knochenspalt nach vorne zur Kranznaht und in der Ausdehnung von 1 cm nach hinten und etwas nach oben. Der vordere Anteil dieses letzterwähnten Knochenspaltes hat ebenfalls abgerundete Ränder, der hintere Anteil dagegen ist an den Rändern fein gezackt. Die harte Hirnhaut nirgends verletzt, an ihrer Innenseite entsprechend der Convexität eine ziemlich dicke Schicht fest geronnenen und eingedickten braunen Blutes; zwischen den inneren Hirnhäuten liegt an der Convexität beiderseits entlang den Kanten der Halbkugeln, zum Teile wohl auch an der Basis eine dünne Schicht ausgetretenen, geronnenen Blutes, nur entsprechend dem hinteren Anteile des linken Scheitellappens findet sich ein ausnehmend dicker Blutaustritt, der bis in die oberflächlichsten Schichten der Hirnrinde hineinreicht und in deren Umgebung die Hirnsubstanz bräunlich verfärbt ist. Das Gehirn geschwollen, seine Substanz weich, stark durchfeuchtet, am Durchschnitte vorquellend. Um die Sehnervenkreuzung herum im Beginne der Sylvi'schen Furche über der Brücke und über dem ganzen Kleinhirne sind die inneren Hirnhäute von einem gelbgrünlichen, trüben, zum Teile rötlich gefärbten Eiter bedeckt, dieselbe trübe Flüssigkeit findet sich auch in der vierten Kammer. Im linken Scheitelbeine zieht vom Höcker gegen die Mitte der Kranznaht ein feinzackiger Sprung über dem unter der Beinhaut ein dünner, bräunlicher Blutaustritt liegt. Der Schädelgrund unverletzt. In den Weichteilen des Halses findet sich oberhalb des rechten Schlüsselbeines, sowie entlang dem linken Kopfnicker, sowie im Zellgewebe ein dünner brauner Blutaustritt. Ein ähnlicher unmittelbar über der Vorderseite des obersten Anteils der Luftröhre. Die oberen Luftwege frei, ihre Schleimhaut blass. Auch in den tiefen Schichten der Brustmuskeln finden sich links vereinzelte, bräunliche Blutaustritte, diesen entsprechend

Digitized by Google

zeigt die linke erste, dritte, vierte, fünfte und sechste Rippe 1 cm nach aussen vom Rippenknorpel je eine etwa erbsengrosse, harte Verdickung, innerhalb welcher das vordere Rippenstück abnorm beweglich erscheint. Beim Durchschnitte zeigt sich, dass dieses in einer das vordere Bruchende ringsumscheidenden Knochenwucherung liegt, die vom hinteren Bruchende ausgeht. Die gleiche Veränderung zeigen rechts die erste, dritte und vierte Rippe, doch etwas weiter nach auswärts gelegen. Die Lungen frei, rosenrot, am vorderen Rande des unteren Anteiles beider Oberlappen je eine kaum linsengrosse, bräunliche Verfärbung. Die Lungengewebe überall lufthaltig, mässig blutreich, etwas feuchter, die Luftröhrenäste leer, ihre Schleimhäute blass. Das Herz entsprechend gross, enthält in beiden Vorhöfen und in der rechten Kammer locker geronnenes Blut, die Klappen zart, der Muskel bleich. Leber und Milz nicht vergrössert, mässig blutreich. Die Nieren derb, glatt, von geringem Blutgehalte. in den Spitzen vereinzelter Pyramiden orangenfarbige Niederschläge, die Harnblase zusammengezogen, die Schleimhäute bleich. In den Nabelgefässen ein dünnes, bräunliches Gerinnsel. Im Magen spärliche, gelbe Stoffe, die Schleimhaut grauweiss und zart. Im Dünndarme dickliche, dunkelgrüne Massen, die Schleimhaut blass. Im Dickdarme spärlich gallig gefärbter Inhalt, die Schleimhaut sehr dünn, an Stelle zahlreicher Follikel kleine Vertiefungen. Nach Herausnahme der Eingeweide ergiebt sich keine weitere Verletzung.

Dies Sectionsergebnis führte zu folgendem Gutachten:

1. Das untersuchte Kind ist an eitriger Hirnhautentzündung gestorben.

2. Dieselbe schloss sich an eine ausgebreitete Blutung zwischen die inneren Hirnhäute an, die am linken Scheitellappen auch in die oberflächlichen Schichten des Gehirnes reicht, mit mehrfachen Brüchen beider Scheitelbeine, namentlich des rechten und einem starken Blutaustritte unter die Schädelhaut verbunden war.

3. Diese Knochenbrüche, sowie die Blutaustretungen ausserhalb und innerhalb der knöchernen Schädelkapsel sind zweifellos auf die Einwirkung einer nicht unbedeutenden, stumpfen Gewalt zurückzuführen, die den Kopf des Kindes und zwar offenbar schon geraume Zeit vor dem Tode getroffen hatte; denn das ausgetretene Blut war schon stark eingedickt und braun gefärbt, auch zeigten die Knochensprünge starke Abrundung der durch Einschmelzung der Knochensubstanz klaffenden Ränder, also Erscheinungen von Ausheilung.

4. Auch die Brüche, die sich an den obersten Rippen beiderseits nahe ihren vorderen Enden fanden, waren durch eine stumpfe Gewalt erzeugt worden und zeigten bereits Heilungsvorgänge durch sogen. Callusbildung, sind demnach gewiss schon längere Zeit vor dem Tode zu Stande gekommen. Die Blutaustretungen über ihnen zeigten auch eine bräunliche Färbung, desgleichen unbedeutender jene Blutaustritte, die am Halse entlang dem linken Kopfnicker und über dem rechten Schlüsselbeine gelegen waren.

5. Es entsteht die schwierige Frage, wann die Verletzungen, sowohl jene am Kopfe, als auch jene an den Rippen zu Stande gekommen sind, und da das Kind nur drei Wochen alt war, ob sie vor der Geburt im Mutterleibe, ob sie bei der Geburt oder erst nach dieser entstanden waren. Dass sie aus ein und derselben Zeit stammen dürften, kann man wohl, da die Blutaustritte überall fast dieselbe Farbe haben, mit Grund annehmen.

Die starke Knochenneubildung an den zerbrochenen Rippen und die starke Einschmelzung und Abrundung der Bruchränder an den Schädelsprüngen liessen fürs erste den Verdacht rege werden, dass die Verletzungen mindestens drei Wochen, wenn nicht länger vor dem Tode entstanden seien, und machen es wahrscheinlich, dass sie viel-

Digitized by Google

leicht schon vor der Geburt durch ein schweres Trauma, das den Körper, besonders den Unterleib der Mutter getroffen hatte, veranlasst seien. Diese Annahme kann nunmehr nicht aufrecht erhalten werden, weil die Mutter angiebt, eine derartige Verletzung nicht erlitten zu haben. Der Fall, den sie erwähnt, kommt als zu geringfügig nicht in Betracht, auch müsste die Verletzung des Kopfes erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft erfolgt sein, weil die vollständige Entwickelung des Schädels und seines Inhaltes eine frühzeitige Schädigung: also auch eine im sechsten Monate, die wahrscheinlich hemmend auf die Entwickelung gewirkt hätte, ausschliesst. Auch die Annahme, dass die Verletzungen während und durch die Geburt gesetzt worden seien, entfällt, da die Entbindung nach den Angaben der Hebamme leicht und ohne Eingriff und instrumentelle Hilfe verlaufen sei.

So bleibt denn per exclusionem nur noch die Möglichkeit, dass die Verletzungen erst nach der Geburt gesetzt wurden; allerdings müssten sie sehr bald nach dieser, zumindest in den allerersten Tagen des Lebens, etwa durch einen wuchtigen Fall oder ähnliche Einwirkungen entstanden sein.

6. Ob die Verletzungen, die nicht ihrer allgemeinen Natur nach, sondern in Folge der durch sie veranlassten Zwischenursachen, der Hirnhautentzündung, den Tod gesetzt haben, dem Kinde absichtlich oder, was nach den äusseren Verhältnissen eher anzunehmen sein dürfte, zufällig zugefügt worden, darüber giebt der ärztliche Befund keinen Aufschluss. Zeichen von Vernachlässigung oder wiederholter Misshandlung des Kindes finden sich nicht.

Der vorliegende Fall ist ob seiner Unaufgeklärtheit so interessant, dass es angemessen erscheint, zu seiner Aufklärung die bisher bekannt gewordenen Aetiologien der Verletzungen des fötalen Knochengerüstes auf ihn anzuwenden und durchzuprüfen.

Die ausführlichste Besprechung dieses Gegenstandes findet sich in der von Gurlt herausgegebenen umfassenden Sammlung intrauteriner Knochenverletzungen vor und während der Geburt. Die hierin getroffene Einteilung berücksichtigt alle ätiologischen Momente. Wenn man sich an jene hält, so kann im vorliegenden Falle die Entstehung der Verletzung vor der Geburt ausgeschlossen werden, da keine auf den Leib der Schwangeren stattgehabte Gewalteinwirkung nachweisbar ist, welche ja mit gleichzeitiger Continuitätstrennung der mütterlichen Bedeckungen hätte stattfinden müssen, andererseits aber, wenn diese nicht erfolgt wäre, ein so schweres Trauma nicht hätte unbeobachtet bleiben können. Was nun die Verletzungen ohne nachweisbare Gewalteinwirkung anlangt, so sind es meist Fälle, wo dieselbe nicht einmal eingewirkt hat, sondern lange anhaltender Druck, z. B. von vorspringenden Lendenwirbelkörpern oder exostotischen Beckenauflagerungen, Knocheneindrücke erzeugt hat.

Die daraufhin vorgenommene Untersuchung ergab: einen weiten Beckeneingang, das Promontorium nicht zu erreichen, Linea terminalis und Symphyse ganz glatt, das Kreuzbein normal gewölbt. Der Beckenausgang ebenfalls normal, die Conjugata desselben und der Diameter transversus betragen je 11 cm, die Spinae ossis ischii nicht besonders vorspringend.

Es bleiben also noch die Verletzungen während der Geburt. Von den Ursachen dieser Verletzungen lässt sich von vorne herein die Ein-

Digitized by Google

wirkung jeder äusseren Gewalt, wie Sturzgeburt, Kunsthilfe, zurückweisen. Mehr Wahrscheinlichkeit könnte die Annahme gewinnen, dass die Expulsivkraft des Uterus eine Rolle bei der Entstehung der Fractur gespielt hat, welche bekanntlich bei fehlerhafter Kindeslage, z. B. Querlage, durch den Mechanismus der Selbstentwickelung die mechanischen Hindernisse überwindet und zahlreiche Continuitätstrennungen des kindlichen Skelettes erzeugt. Speciell im vorliegenden Falle liesse die Combination der Schädel- mit Rippenfracturen daran denken, dass der Kopf stark gebeugt in den Brustkorb sich förmlich einkeilend, sowohl selbst die beschriebenen Brüche erlitt als auch die Rippenbrüche erzeugte. Doch spricht dagegen die Schilderung des Geburtsverlaufes, nach welcher eine Kopflage und leichte Entbindung bestanden hatte.

Ein nachweisbares Missverhältnis zwischen Kopf und mütterlichem Becken, welches zu Fracturen, Fissuren und Schädeleindrücken Anlass giebt, war auch nicht vorhanden. Unter den weiteren Ursachen schaffen die Erkrankungen des kindlichen Skelettes eine Prädisposition zu Fracturen.

So giebt Bergmann an, dass bei abnorm dünnen und mit Ossificationsdefecten versehenen Schädelknochen einfache Brüche, die von der Naht spaltartig zu einer benachbarten Knochenlücke gingen, auch unter normalen Verhältnissen des Geburtscanales angetroffen werden. Und Meyer geht sogar noch weiter, indem er behauptet, dass ohne nachweisbare Gewalteinwirkung während der Geburt und vielleicht schon während der Schwangerschaft Fracturen bei übrigenz ganz gesunden Kindern entstehen können, was namentlich von forensischer Bedeutung sein kann. Casper hat sie nicht erwähnt, Küstner leugnet sie.

Von Erkrankungen des kindlichen Skelettes sind im vorliegenden Falle die congenitale Rachitis, Lues, Epiphysenlösung, Atrophie nach überstandener Ostitis abzulehnen, und es bleibt nur die Annahme einer mangelhaften Ossification, für welche die thatsächlich am Schädel vorgefundenen Ossificationsdefecte Anhaltspunkte bieten. Hierzu kommt noch der vielleicht nicht zufällige Umstand, dass auch die in der Litteratur angeführten Fälle von fötalen Knochenverletzungen bei mangelhafter Ossification ebenfalls eine Coincidenz von Schädel- und Rippenfracturen nebst anderen aufweisen, wobei erwähnt sein mag, dass Rippenfracturen eine Seltenheit bilden. Von diesen finden sich blos fünf Beobachtungen. So beschreibt Chaussier ein nach leichter Entbindung geborenes Kind, welches einige Tage lebte, und an dem alle grossen Knochen fracturiert waren, ebenso die Mehrzahl der Rippen und einige Schädelknochen, sodass man 43 verschiedene Fracturen zählte, von denen einige eine beginnende Callusbildung zeigten, andere fast vollständig vereinigt waren. Derselbe Autor erwähnt als zweiten Fall ein 24 Stunden nach der Geburt verstorbenes Kind mit kurzen, dicken und mit Höckern und Furchen versehenen Extremitäten, welche sich sämtlich in der Mitte beweglich fanden. Bei der Section ergaben sich 113 Continuitätstrennungen, wovon allein 70 auf die Rippen kamen, indem Rippe 2—5 Trennungen zeigte. d'Outrepont wurde zu einem Kinde gerufen, an welchem man den zweiten Tag nach der Geburt einen Bruch des linken Oberschenkels und rechten Oberarmes entdeckte. Obgleich die Entbindung sehr leicht war, wurde dennoch

Digitized by Google

die Hebamme beschuldigt, diese Brüche veranlasst zu haben, und zur Entscheidung wurde d'Outrepont gerufen. Dieser fand auch das rechte Schlüsselbein, die dritte und vierte Rippe gebrochen. Die Umstehenden versicherten, das Kind wäre nicht auf den Boden gefallen und es sei ihm überhaupt nach seiner Geburt keine Gewaltthätigkeit widerfahren. Das Kind wurde behandelt und am Leben erhalten. Vrolik bildet das Skelett eines neugeborenen, drei Tage nach der Geburt verstorbenen Kindes ab, welches nebst zahlreichen Schädelfracturen solche der Extremitäten und Rippen teils frisch, teils durch Callus geheilt zeigt. Linck verfügt über einen Fall von zahlreichen Fracturen und Veränderungen am Skelette eines neugeborenen Kindes, von welchen allein 88 dem Brustkorbe zukamen. Da weder die Brüche, noch der Geburtsverlauf irgend einen Aufschluss gaben, so gelangt der Autor zu dem Schlusse, dass eine gepresste Haltung des Kindes und der Kindesteile zu einander bei vielleicht ungenügender Fruchtwassermenge, und andererseits die Eigenbewegungen des Kindes, alles jedoch unter der Voraussetzung einer unbekannten Knochenerkrankung mit teilweiser Weichheit und Brüchigkeit der Knochenmasse als Ursache anzunehmen sei, da Veränderungen am Fötus, wie angeborene Rhachitis oder Lues, Atrophie infolge Ostitis parenchymatosa auszuschliessen waren.

Trotz der nachgewiesenen Ossificationsdefecte in unserem Falle und seiner Analogie mit den angeführten Beobachtungen lässt er sich nicht ungezwungen in die Kategorie dieser einreihen, und es erübrigt nur noch, die Eventualität einer Entstehung der Verletzungen in den ersten Lebenstagen nach der Geburt anzunehmen. Wenn auch die Beschaffenheit der fracturierten Knochen, die vorgeschrittene Callusbildung, die Umwandlung des Blutaustrittes für jenen Zeitpunkt der Entstehung spricht, so bleibt die eigentliche Ursache immer noch unaufgeklärt und rätselhaft. Man ist also gezwungen, eine stumpfe Gewalteinwirkung zu supponieren und diese als eine zufällige und nicht beobachtete zu vermuten, wobei als unterstützendes Moment für das Zustandekommen so ausgedehnter und zahlreicher Fracturen die mangelhafte Ossification vielleicht eine Rolle gespielt hat.

---

67) **P. Teuscher.** Eine complicierte Calcaneusverletzung.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 4.)

Dem 9jähr. Pat. war beim Spiele auf der Eisbahn von einem grösseren Knaben eine Schaufel so nachgeschleudert worden, dass diese, auf dem Eise hingleitend, mit der Schärfe das Kind am Fuss getroffen und, den Strumpf durchschneidend — er trug Holzpantoffeln — die linke Hacke horinzontal unterhalb der Achillessehne gespalten hatte. Die hornige Sohle mit dem plattabgetrennten Gehhöcker des Calcaneus klaffte lappenartig herunter, innen und aussen spritzten kleinste Arterien. Ein Tarsalgelenk war nicht eröffnet, aber die Verletzung war äusserst schmerzhaft, der Blutverlust aus der Spongiosa erheblich. Eine Knochennaht liess sich nicht machen, da dass Kind sehr ungeberdig war, die Eltern die Narkose aber nicht zugaben. Daher wurde der Knabe auf den Bauch gelegt, gehalten, und der Wundrand nach gründlichster mechanischer und desinfizierender Reinigung der Wundflächen mit starker Seide genäht. Gegen Gebrauch wurde ein Drainrohr angelegt, weil die Gefahr der Jauchung zu gross war. Ein Gypsfensterverband unter besonderer Berücksichtigung der Achillessehne wurde angelegt und das Bein im Ganzen suspendiert.

Die Heilung verlief glatt, eine erhebliche Schwellung trat, dank der Drainage, nicht ein, Temperatur und Puls zeigten nie Abnormitäten. Bei dem

Digitized by Google

reaktionslosen Verlaufe konnte nach 12. Tagen der Fuss in eine im Knie geknickte Holzlade gelegt werden, an deren Seitenwänden der Fuss sich freischwebend aufhängen liess; darin blieb er bis zur völligen Verheilung. Die Knochenverwachsung nahm 4 Wochen in Anspruch; es hatte sich seitlich und hinten deutlich eine fühlbare Knochenwulst gebildet; eine Gehstörung blieb nicht zurück, und nach im Ganzen 8 Wochen, innerhalb deren eifrig Massage- und Badeproceduren vorgenommen wurden, war eine Differenz gegen das gesunde Glied nicht wahrzunehmen.

Es war für den günstigen Verlauf sicher von Vorteil, dass die Verletzung ein so junges Kind betroffen hatte, bei dem die Epiphyse noch unverknöchert, der Knochen selbst noch weich und saftig war; ungünstig war dagegen einmal die Nähe der Achillessehne, welche langen Druck nicht verträgt, sowie die sie bedeckende Haut, die zu leicht der Gangrän verfällt, besonders aber die Eröffnung der weiten Bluträume des Knocheninnneren, zumal bei dem Umstande, dass dieselbe mit der rostigen, schmutzigen Schaufel bewirkt war, mit der sicher auch noch Wollfasern aus dem ja kaum „keimfreien" Strumpf eingedrungen waren; zudem waren die beiden Ernährungsgefässe der schlecht ernährten Hacke durchtrennt und der Lappen war allein angewiesen auf die im Polsterfett der Sohlenschwarte verlaufenden zarten Blutbahnen, also — sehr günstig stand es mit der Prognose nicht!

---

68) **E. Hagenbach-Burckhardt.** Traumatische Epiphysenlösung des Oberschenkels mit Durchstossung der Fossa poplitea. Gangrän des Unterschenkels. Amputation des Oberschenkels.

(35. Jahresbericht aus dem Kinderspital in Basel. 1898.)

7jähr. Kind. — Eintritt 15. Juni 1897. — Vor 4 Stunden Fall von einem Milchwagen, wobei Pat. mit dem linken Bein in die Radspeichen geriet. Wahrscheinlich sehr heftige Hebelwirkung. Stark blutende Kniekehlenwunde.

Status praesens. In der linken Kniekehle scharfrandige Wunde, aus welcher nach hinten und unten gerichtet und vollständig periostentblösst das untere Ende der von der Epiphyse getrennten Femurdiaphyse 6—8 cm herausragt. Verkürzung des Oberschenkels um ca. 10 cm. Haut beider Oberschenkel mit oberflächlichen Excoriationen und Sugillationen. Desinfection der Wunde in Narkose. Schwierige Reposition des dislocierten Femurschaftes unter kräftiger Extension und Gegenextension. In der Kniekehlenwunde erscheint nunmehr das Caput internum des Gastrocnemius quer durchgerissen. Am 16. VI. Naht des Muskels in Narkose, Drahtschiene. Am 18. VI. etwas Fieber. Wade sehr prall, hart, bläulich. Motilität und Sensibilität in den unteren Teilen des Unterschenkels, sowie im Fuss vollständig aufgehoben. 19. VI. beginnende oberflächliche Gangrän am Fussrücken und in der Malleolargegend. Am Unterschenkel kein Puls fühlbar. Zinkleimextension. Stetig zunehmendes Fieber. Rasch um sich greifende Hautgangrän am Fuss und Unterschenkel. 21. VI. Eiterung der Kniekehlenwunde (Thrombophlebitis). Am 22. VI. Incision in die pralle Geschwulst der Wade. Die Muskeln zeigen chokoladenfarbene Schnittfläche, bluten nicht. Die bakteriologische Untersuchung eines nekrotischen Gewebspartikels aus der Tiefe giebt Reinculturen von Staphylococcus pyogenes albus. Allmähliches Weitergreifen der oberflächlichen Gangrän am Fuss und am Unterschenkel unter continuierlichem Fieber und sehr übelriechender eiteriger Secretion der Kniekehlenwunde. Am 25. VI. starke Haemoptoe bei völlig negativem Leichenbefund. 26. VI. ausgiebige Drainage der Wadenwunde durch 2 Gegenöffnungen. Sublimatverbände. Am 3. VII. scharfe Demarkationsgrenzen der abgestorbenen Partien, welche fast den ganzen Unterschenkel und den Fuss einnehmen. Stark remittierendes Fieber. Die längst in Aussicht genommene Amputation verschoben, in der Hoffnung, einen Teil des Unterschenkels erhalten zu können. Am 9. VII. Exartikulation des vollständig abgestorbenen Fusses und aller gangränöser Muskeln und Hautpartien am Unterschenkel. — Von da an Fieberabfall. Rasche Besserung des Allgemeinzustandes. Geringe Eiterung. Die reponierte Epiphyse am Oberschenkel

Digitized by Google

zeigt indessen keine Tendenz zur Consolidation; das untere Ende des Femurschaftes hat immer Neigung zu Dislokation nach hinten. Mit Rücksicht darauf Amputation des Oberschenkels in der unteren Hälfte am 7. IX. Vorderer überhängender und kleinerer hinterer Lappen. Naht der antagon. Muskeln über den Knochenstumpf. Reactionslose, glatte Heilung. 24. IX. geht Pat. mit Krücken. Austritt mit einfachem Stelzfuss 19. X.

---

69) **A. Köppen.** Verband bei Oberarm-Fractur.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 19.)

Als einfachen, billig und leicht zu beschaffenden Verband für Oberarmfracturen empfiehlt K. den Aikins'schen Schienenverband, von diesem 1897 empfohlen. Ein einige cm breites Bandeisen wird mit der Hand so geformt, dass es von der Brust aus im Bogen über die Schulter des gebrochenen Armes — ohne diesem direct anzuliegen — an der äusseren hinteren Seite des Armes hinab bis unterhalb des Ellbogengelenks verläuft, von wo es nach einwärts gegen die Mittellinie gebogen wird, sodass es unter dem im rechten Winkel stehenden Vorderarm herläuft. Die vorher ausgepolsterte Schiene kann mit Heftpflasterstreifen befestigt werden. Auf den Unterarm kann man eine muldenförmig gebogene Schiene legen und an das Bandeisen heranziehen.

Mit Hülfe dieser Schiene hat K. 2 Fälle behandelt.

1. 5jähr. Mädchen erkrankte während der Masern an einer eiterigen sequestrierenden Periostitis des linken Oberarms, sodass K. am 16. II 98 die ganze Diaphyse fortnahm. Am 28. V. waren die Wunden geheilt, der entfernte Knochen war durch einen neugebildeten ersetzt. Am 23. VI. brach das wilde Kind durch einen Fall ihren neuen Oberarmknochen im oberen Drittel. Nachdem K. ein Bandeisen von 5/4 mm Dicke, 2 cm Breite und 53 cm Länge passend gebogen, umwickelte er den ganzen Arm von den Interphalangeal-Phalangealgelenken bis nach oben mit Streifen geleimter Watte und legte auf Brust und Schulter, sowie in die entgegengesetzte Achselhöhle ein ebensolches Kissen. Die Watte befestigte er durch einige Touren mit Cambric-Binden. Hierauf legte er die Schienen an und sicherte deren oberen Schenkel durch eine Spica humeri mit gestärkten Gazebinden. Dann zog er den Unterarm durch Kreistouren an den unteren Teil der Schiene heran, worauf er den Oberarm in gleicher Weise auf dem Mittelstück der Schiene verband. Am 26. VII. lag der Verband noch wie am 1. Tage, trotzdem das Kind wild war, und als er abgenommen war, erwies sich der Bruch als tadellos geheilt.

2. Neugeborenes Kind mit Bruch des linken Humerus im chirurgischen Halse (bei der Wendung). Polsterung in derselben Weise, statt des Bandeisens wurde aber ein runder Eisendraht von etwa 4 mm Dicke und 35 cm Länge benutzt. Nach 4 Wochen Entfernung (die ganze Zeit über hatte der Verband gehalten und auch nirgends Intertrigo erzeugt). Vorzügliche Heilung.

K. hebt noch Folgendes hervor: der obere Schenkel der Schiene sei mindestens so lang, dass er ebensoweit unterhalb der Clavicula reiche, als oberhalb derselben. Man passe ihn den Umrissen der Schulter — überall in einer Entfernung von 2—3 cm — genau an und drehe dessen mediane Kante genügend nach aufwärts, damit sie nicht drücke. Die Polsterung auf der Brust muss insbesondere wegen der Clavicula eine genügend starke und wegen des auszuhaltenden Zuges eine feste sein. Die Länge des Mittelstückes sei nicht zu kurz, damit der Vorderarm dem unteren Schenkel nachher anliege. Diese reiche bis über das Handgelenk hinaus, um diesem als Stütze zu dienen. Beide Schenkel kommen annähernd in eine Ebene zu liegen. Nachdem die Polsterung befestigt und die Schiene gebogen, lege man die-

Digitized by Google

selbe von oben über die Schulter, drücke sie fest an und sichere sie so durch Bindentouren. Ehe man den Unterarm befestigt, übe man mit ihm in rechtwinkliger Stellung zum Oberarm in der Längsachse des Humerus einen kräftigen Zug aus, wodurch die Einrichtung erfolgt.

Die Wirkung des Verbandes beruht neben der Feststellung der Bruchstücke in dem Zuge, welcher durch die Verbindung des Vorderarms mit dem unteren Schienenschenkel ausgeübt wird; die Extension wird hier in einfachster Weise erreicht.

---

70) F. Siegert. Ueber typische Osteomalacie im Kindesalter.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

Giebt es eine infantile Osteomalacie, typisch, analog der beim Erwachsenen beobachteten und unabhängig von jeder rhachitischen Knochenerkrankung? Diese Frage wird von den meisten Anatomen und Klinikern verneint, Rehn und v. Recklinghausen halten freilich an der entgegengesetzten Auffassung fest, für die S. in der Litteratur 3 einwandsfreie Fälle als Exempel aufgefunden hat (der eine von Colles 1884, die beiden anderen von Meslay und Peron 1895 und 1897 beschrieben). Nun hat S. selbst einen 4. Fall beobachtet, den er folgendermaassen schildert:

Anamnese: Vater leidet an einer chronischen Affection der oberen Luftwege, welche im 14. Lebensjahre begann. Er erkrankte damals aus unbekannter Ursache an einer Rachenaffection, welche sich jetzt nach über 30 Jahren durch heisere Stimme und eine Narbe im weichen Gaumen documentiert. Die Narbe ist strahlenförmig, von der Epiglottis ist nur ein kleiner wulstiger Rest vorhanden, der linke Aryknorpel ist zerstört, das linke Stimmband in einen narbigen Strang verwandelt. Mutter gesund. 2 Geschwister starben im ersten Lebensjahr. Von 3 älteren Brüdern leidet einer an congenitaler Aortenklappeninsufficienz, ein zweiter an einseitiger Recurrenslähmung unbekannten Datums, der dritte ist gesund. Patient selbst Flaschenkind, zahnte und lief erst spät, war aber dann kräftig und gesund. Im 3. Lebensjahr soll er Masern überstanden haben, im 8. Jahr, im October 1886 wurde er angeblich wegen einer Herzkrankheit von einem Arzte behandelt, die bei seinem Eintritt ins Spital im Juni 1887 keine Spuren hinterlassen hatte. Jetzt litt er an einer Affection, die als Lebercirrhose imponierte und bei zunächst grosser Leber und leicht medicamentös beseitigtem Ascites im Lauf der Jahre zu einer Schrumpfung der Leber und stets rasch recidivierendem Anasarka führte. Der Verlauf dieses bei der Autopsie als chronische Peritonitis und Perihepatitis (Zuckergussleber Curschmann's) erkannten Leidens wurde in einer besonderen Mitteilung ausführlich angegeben. Die ersten Anzeichen der kommenden Osteomalacie treten im Frühjahr 1893, also im 16. Lebensjahr des Patienten auf. Damals kam er noch alle 10—14 Tage zur Punction seines Ascites zu Fuss in die Klinik, was ihn allerdings in gewissem Grade ermüdete und vor allem heftige Schmerzen in den Beinen verursachte. Doch verliess er das Spital stets am Tage nach der Punction, ging ohne Unterstützung nach Hause, wollte aber nicht mehr weitere Strecken gehen. Wegen dieser Beschwerden von Seiten der Beine trat er dann Ende December 1893 dauernd in die Klinik ein.

Status am 7. I. 1894 mit Bezug auf etwaige Osteomalacie: Unbeholfener Gang, Schmerzen in den Beinen nach Treppensteigen. Thoraxumfang gut conformiert, in der Höhe der Brustwarzen 70 cm, in der Höhe des Rippenraumes 79 cm bei ziemlich beträchtlichem Ascites.

2. II. Klagt über Schmerzen im linken Schulterblatt und weiter abwärts von diesem.

V. 1894. Hartnäckige Pertussis. Pat. geht auf einen Stock gestützt täglich in den Garten, kann die beiden Stiegen zurück noch allein steigen.

3. VII. Geht jetzt am Stock, kann nicht mehr gut Treppen steigen und lässt sich lieber herunter- und herauftragen. Gänzlich infantiler Habitus des

Digitized by Google

15½jährigen Jungen. Körpergewicht nur 30 kg nach der Punction. Auffallend klein für sein Alter, macht er den Eindruck etwa eines 10jährigen Jungen. Hände und Füsse ungewöhnlich klein, keine Behaarung der Schamgegend und in den Achselhöhlen. Keine Thoraxdeformation, nichts Besonderes an dem Skelet.

7. IX. Pat. wird noch in den Garten getragen, vermag aber nicht mehr zu gehen, auch nicht mit Stöcken oder Krücken. Er klagt oft über Schmerzen in der Brust und den Beinen.

24. XI. Pat. behauptet, es trockneten ihm in den Beinen und in der Brust die Nerven aus, weint und schreit vor Schmerz. Die Schmerzen werden in die Knochen verlegt und werden als dauernd bezeichnet. In sitzender Stellung im Bett lehnt er sich gern auf ein etwa 30 cm breites Brett und ruht mit dem Kinn auf den so unterstützten Händen. Urin stets eiweissfrei.

Von März 1895 an lassen die Schmerzen in den Knochen nach, Pat. kann aber nur mehr stundenweise in einem niedrigen Lehnstuhl sitzend ausser Bett zubringen und auf den Beinen weder stehen, noch mit Unterstützung gehen. Deformationen am Skelet fehlen.

2. V. 1895. Wieder Schmerzen in der Herzgegend und dem Sternum, welche von jetzt an häufig wiederkehren. Urin frei von Albumen und Albumose.

25. VII. Der infantile Habitus: ungewöhnlich geringe Körpergrösse, Kleinheit der Hände und Füsse, fehlende Behaarung der Genitalien, besteht fort. Körpergewicht nur 28,350 kg. Musculatur der unteren Extremitäten atrophisch, bei geringer Beugecontractur der Kniegelenke. Keine Skeletanomalie. Keine subjektiven Beschwerden. Urin stets eiweissfrei.

3. X. Bei dauernder Unterdrückung der Oedeme durch Coff. purum und Vermeidung der Punction seit dem 1. V. ist Pat. moralisch sehr gehoben. Bringt heute einige Stunden im Lehnstuhl zu, kann aber nicht stehen oder gehen. Massage und Electricität gegen die zunehmende Atrophie der Unterschenkel- und Oberschenkelmusculatur und passive vorsichtige Bewegung der Kniegelenke.

2. XI. Behufs Beurteilung des Einflusses der Salicylsäure und die Diurese des Pat. erhält derselbe:

Sol. Natr. salicyl. 4,0 : 135,0
Succ. liquir. 15,0
6mal 2stündlich 1 Esslöffel v. z. n.

also 2,5 Natr. salicyl. pro die (nicht 4,0, wie irrtümlich an anderem Orte angegeben). Schwerste Schädigung der Diurese und hochgradiges Anasarka zwingen schon am 8. XI. dazu, das Medicament wegzulassen, nachdem Pat. in 6 Tagen 15,0 Natr. salicyl. genommen hat.

8. XI. Bei der starken Dyspnoe beobachtet man ein tiefes Einsinken der untersten Rippen im Inspirium und gleichzeitig bedeutende Verwölbung der ganzen Sternalgegend.

11. XI. Punction des Ascites wegen Indicatio vitalis.

15. XI. Atembeschwerden und starkes Anasarka beider Beine bei geringem Ascites.

28. XI. Alle Oedeme durch Coff. purum und Digitalis beseitigt.

8. XII. Wieder hartnäckige Oedeme, trotz aller Medication. Der Thorax zeigt jetzt auffallende Veränderungen. Die Claviculae sind nach vorn convex in gleichmässigem Bogen, der untere Sternalteil springt mehr vor als der obere, die linke obere Thoraxhälfte vorn ist flacher als die rechte. Stumpfwinkelige geringe Skoliose der unteren Brustwirbel und entsprechende starke Krümmung der unteren Rippen rechts, während die untere Thoraxhälfte links gegen rechts auffallend verschmälert erscheint. Patient stützt sich im Sitzen stets mit den Händen auf sein aufrecht gestelltes Speisebrett und legt das Kinn auf die Hände. Der Kopf ist ganz den Schultern genähert, der Hals tief in den Thorax gesunken.

23. I. 1896. Klinische Vorstellung: Sehr elender, abgemagerter Junge von gänzlich infantilem Habitus. Körpergewicht 25,7 kg. Keine Behaarung der ganz infantilen Genitalien (etwa wie diejenigen eines 8—10jährigen Jungen). Alle sichtbaren Venen abnorm erweitert und geschlängelt. Haut trocken, atrophisch. Urin eiweissfrei. Beide Claviculae stark verkrümmt. Eine bedeutende Einsenkung in der Regio infraclavicularis sinistra und weiter abwärts. Das Sternum prominiert sehr von der 4. Rippe an bis abwärts, die rechte Thoraxhälfte ist in der unteren Hälfte weniger gewölbt als die linke, während die oberen Hälften das entgegengesetzte Verhalten zeigen. Skoliose nach rechts in der Höhe des 4.—9. Brustwirbels, mit spitzem Winkel in der Höhe des 7. Brustwirbels. Die 4.—9. Rippe rechts spitzwinkelig convex, links im Gegenteil stark abgeflacht.

Digitized by Google

Oedem der Weichteile des Rückens, namentlich über dem Kreuzbein. Ascites. Milztumor weder durch Palpation noch Percussion nachweisbar. Feste stumpfwinkelige Contractur beider Kniegelenke, Contracturen der Flexoren der Oberschenkel.

16. II. Patient klagt über heftige Kopfschmerzen, Eingeschlafensein der Hände und Füsse, drückende Schmerzen in der Brust, grosse Schwäche.

23. II. Behauptet jetzt andauernd, die Nerven in den Armen und Beinen schrumpften und trockneten aus, die Brust ziehe sich ihm zusammen, klagt über Herzbeklemmung. Weint und schreit oft vor Schmerzen in den Extremitäten. Die Thoraxdeformität (vor allem die Kyphoskoliose) nimmt rasch zu und betrifft jetzt auch die obere Sternalhälfte.

III. 1896. Allgemeines Anasarka. Stets heftige Schmerzen in der Brust dem Kreuzbein, den Extremitäten.

16. IV. Wieder alle Oedeme geschwunden. Patient lässt Luft- und Wasserkissen weg. Setzt sich wieder auf im Bett, ist wieder gehobener Stimmung, sinkt aber immer mehr in sich zusammen.

Im Verlauf der nächsten Tage treten unter grösster Herzschwäche Oedeme der Beine, Atelectase und Stauungskatarrh der Lungen auf; Patient ist speciell an den Beinen so empfindlich, dass er bei schonendster Umlagerung aufschreit.

5. V. 1896. Exitus bei stärkster Cyanose durch Lungenödem und Herzinsufficienz.

Section am 7. V. durch Prof. v. Recklinghausen.

Sehr abgemagerte Leiche, Muskulatur schwach. Oedem der Unterschenkel, weniger am Scrotum. Unterschenkel im Kniegelenk gebeugt. Der untere Teil des Sternums springt kielförmig vor. Starke Rechtsskoliose. Bauch aufgetrieben, wallnussgrosse Nabelhernie, fast 2 cm hoch, Haut darüber narbig bräunlich pigmentiert, Knie springt etwas vor. Vola manus erreicht gerade den Trochanter. Beide Oberschenkel mit einem reibenden Geräusch nach aussen beweglich.

Bauch 28 cm breit, Thorax unten 23 cm, in der Höhe der Axillen 20 cm. Abstand vom Sternum bis zur Symphyse = 35 cm, vom Trochanter zur Ferse = 54 cm. Kopfschwarte atrophisch, blass auch in den hinteren Teilen. Schädeldach sehr kurz, breit, ziemlich stark gewölbt, 170 : 145 mm. Dicke ziemlich gleichmässig, 3—5 mm. Schädeldach aussen und innen ziemlich stark gerötet, innen weisse Flecke von netzförmiger Zeichnung, ohne deutliche Furchen. Nähte weiss, nur die hintere Pfeilnaht etwas schwach, die übrigen gut entwickelt. Auf dem hinteren Teil der Parietalia poröse Gruben mit rotem Gewebe erfüllt, ohne Prominenzen oder Defecte. Periost gerötet, es bleiben rötliche Gewebsmassen wie Markmassen daran. Innen an der Dura continuierlicher Belag, links mehr in den hinteren unteren Partien dünne, blutige Membranen. Pia mater über dem l. Scheitelbein verdickt. In den mittleren Schädelgruben, vorn und in den hinteren Teilen der Stirnbeingrube ebenfalls blutige Membranen auf der Dura. Ins Foramen magnum springt der Processus odont. stark vor. Der Clivus ist emporgehoben, die mittleren Schädelgruben und die Hinterhaupsgrube sehr flach. Hirngewicht 1150 g.

Im weiteren folgen nur die auf die Osteomalacie bezüglichen Angaben.

Achse des Sternums S-förmig. Während es oben ins Innere des Thorax eingebogen ist, springt von dem III. Knorpelansatz ab das untere Sternum stark vor, fast fausthoch. Thorax in den unteren Teilen sehr weit und von vorn gesehen sehr breit, etwas schief, in der r. Axillarlinie stark abgeflacht. L. verläuft über den knöchernen Enden der Rippen II—V eine ziemlich tiefe Furche und zwar lateral je vom Knorpelende 1—2 cm entfernt. Innen bilden hier die knöchernen Rippen von II—V abnehmende, bis 1 cm hohe Wülste, ähnlich denen bei rachitischem Thorax an der Knorpelknochengrenze vorkommenden winkeligen Einbiegungen. Innerhalb dieser winkeligen Einbiegungen der Rippenknochen ist die Biegsamkeit nicht grösser wie an den übrigen Rippenknochen. Freilich ist sie allgemein so gross wie bei der gewöhnlichen Osteomalacie. In der Axillarlinie stehen an den Rippen l. mehrere flache Vorsprünge vor, die gewiss als geheilte Infractionen zu betrachten sind. Vom l. Brustwirbel beginnt eine S-förmige Biegung der Wirbelsäule, die bis zum IX. reicht, sodass sie ganz in die r. Thoraxhälfte eingeschoben erscheint und dass hinten zwischen der r. II.—VII. Rippe und der Wirbelsäule, dem dorsalen Gibbus entsprechend, kaum ein Finger eingeschoben werden kann. An der VI. Rippe r. sind bis 3 mm dicke periostale Auflagerungen osteoider Substanz. Knöcherne Rippen ziemlich leicht mit dem

Digitized by Google

Messer schneidbar. Die beiden Claviculae stark verbogen, relativ dick und wie die Rippen sehr spongiös. In der Mitte des stark S-förmig gekrümmten r. Schlüsselbeins eine geheilte Infraction anzunehmen. Der mediale Rand der r. kleineren Scapula ist nach vorn umgeknickt, am stärksten ihr unterer Winkel; am oberen Rande ist eine geringe Umbiegung nach vorn.

Beide Oberarmknochen sind in den oberen Teilen etwas verdickt und zugleich schenkelhalsartig verbogen, der Kopf daher etwas überhängend und unterhalb desselben eine tiefe Rinne gebildet. Dieser Biegung entspricht auf dem Längsschnitt das verdickte Diaphysenende der Art, dass 1. hier eine weite Markhöhle bis zum Epiphysenknorpel heraufreicht, 2. die Knochenrinde durchweg porös und sehr biegsam, wenn auch auffallend dick ist, letzteres namentlich auf der concaven Seite. Der Epiphysenknorpel ist 3—5 mm hoch und nicht durchscheinend, besonders auf seiner diaphysären Seite. Beim unteren Humerusende, welches etwas breit erscheint, ist der Knochen recht porös, aber nicht auffällig weich und der Knorpel sicherlich gar nicht verändert. In der Diaphysenmitte ist die Knochenschale sehr dünn, 2 mm, dagegen die Markhöhle auffällig gross und mit fetthaltigem Mark gefüllt. Die r. Vorderarmknochen nach der Maceration sehr porös, auch die dünne Rinde an vielen Stellen.

Die beiden Oberschenkel sind unterhalb des Collum chirurgicum gebrochen, ohne Dislocation, weil ohne Periostzerreissung, wohl beim Transport der Leiche (Niederdrücken der bei dauernder Flexion im Kniegelenk contrahierten Beine), da in dem frisch zertrümmerten Knochenmark keine Blutung zu sehen ist. Die Rinde hier, wie an allen Röhrenknochen sehr dünn, daher einzubiegen und einzubrechen. Auch das obere Ende der Schenkelknochen etwas biegsam, weil porös und weich; der gut erhaltene Epiphysenknorpel des Oberschenkels nicht besonders hoch oder durchscheinend und weich. Das untere Ende der Oberschenkelknochen ist etwas platt und auffällig nach vorn gebogen. Die Epiphysenknorpel hier 2—3 mm hoch und auf der diaphysären Seite durchscheinend. 3 cm oberhalb des Epiphysenknorpels und zwar an der Stelle der stärksten Krümmung geht quer durch die ganzen Diaphysen eine 1 cm hohe, sehr biegsame Schicht nicht porösen, leicht zu schneidenden, weil fast ganz aus osteoider Substanz bestehenden Knochengewebes. Tibiae und Fibulae im allgemeinen biegsam, aber von normaler Gestalt, nur springt unten an beiden Tibiae der innere Knöchel medianwärts etwas vor. Auf dem Längsschnitt erscheint eine dementsprechende Einwärtsbiegung des unteren Endes, welche auf einer Erweichung des Knochens und zwar des Diaphysenendes beruht, aber auch von einer periostalen Auftreibung herrührt, ohne dass die Epiphysenknorpel verdickt wären. Jedoch tritt bei Biegungen ein freier Spalt zu Tage (Infraction).

Becken von ausgesprochener Kartenherzform.

Anatomische Diagnose: Osteomalacia infantilis. Chronische Entzündung aller serösen Häute. Chronische Perihepatitis deformans (Zuckergussleber), Stauungsleber. Anasarka der unteren Extremitäten. Skoliose.

Klinische und anatomische Untersuchung ergeben das übereinstimmende charakteristische Bild der echten typischen Osteomalacie eines gänzlich infantilen Individuums, beginnend im 15. Lebensjahr, endigend mit dem Tod im 19.

Fasst man nun das allen 4 Fällen Gemeinsame kurz zusammen, so ergiebt sich folgendes:

Was zunächst das Geschlecht anbetrifft, so sehen wir nur 1 mal unter 4 Fällen das männliche betroffen, gerade wie bei der Osteomalacie der Erwachsenen dasselbe nur ausnahmsweise erkrankt. 3 mal wird das Ueberstehen einer leicht in vollständige Heilung übergegangenen Rhachitis in der frühesten Kindheit hervorgehoben, was von besonderer Wichtigkeit ist, da wir von 2 maliger Erkrankung an Rhachitis trotz 100 000 facher Beobachtungen nichts wissen. Der Einwurf der Rhachitis tarda ist damit allein beseitigt. Alle Kranken verharren in gänzlich infantilem Habitus, eine Menstruation bis zum Tode mit 16, selbst 19 Jahren erfolgt so wenig, wie die Evolution der Genitalien bei dem Knaben im 9. Lebensjahre. Mit 10, 2 mal mit 13, 1 mal mit 15 Jahren einsetzend, führt die Osteomalacie 3 mal nach 3 jährigem, 1 mal nach 6 jährigem Verlauf immer zunehmend zum

Digitized by Google

Tode. An den unteren Extremitäten, welche in allen Fällen spontane Fracturen aufweisen, — bei S.'s Beobachtung vielleicht in der Agone erfolgt — stets unter heftigen Schmerzen beginnend, führt die Krankheit zur Verminderung der Körperlänge, zu welcher die Kyphoskoliose und die Verbiegung der unteren Extremitäten mitwirkt. Die ganz abnorme Weichheit aller das typische Bild der Osteomalacie darbietenden Knochen fehlt in keinem Falle. Wo positive Angaben vorliegen, findet sich bei beiden Geschlechtern das osteomalacische Becken, die Beteiligung der Arme und des Thorax in geringem, des Schädels im geringsten Maasse.

Durch diese Beobachtungen ist die viel angefochtene und anatomisch durch v. Recklinghausen nachgewiesene Existenz der Osteomalacie auch des wachsenden, weder kurz vor noch am Ende der Verknöcherung angelangten Skeletts ausser Frage gestellt. Eine weitere Frage bleibt diejenige nach der Natur der bei der Rhachitis der frühesten Kindheit, besonders in verschiedenen Gegenden so häufig beobachteten Malacie der Knochen, welche ebenfalls v. Recklinghausen als osteomalacische anspricht und scharf von den rhachitischen Processen scheidet. Dass letztere dabei sehr in den Hintergrund treten oder sogar gänzlich fehlen können, hat S. zu wiederlolten Malen intra vitam beobachtet und post mortem bestätigt gesehen. Dass unsere heutigen histologischen Kenntnisse aber annähernd soweit fortgeschritten sind, um am einzelnen mikroscopischen Präparat die Frage Rhachitis oder Osteomalacie stets zu entscheiden, dürfte von den competentesten Beurteilern wohl trotz der allgemein verbreiteten Meinung über die Einfachheit dieser Entscheidung vielleicht nicht behauptet werden. Und doch hängt von einem Fortschritt in der sicheren Unterscheidung dieser Knochenerkrankungen die ganze Lehre der Phosphortherapie ab, die, gänzlich machtlos gegen die Rhachitis, ein bei der Osteomalacie des wachsenden, wie fertig entwickelten Skeletts geradezu specifisches Heilmittel ist.

---

71) **Hildebrand.** Ueber Osteogenesis imperfecta.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 1.)

H. berichtete in der Biolog. Abteilung des ärztl. Vereins Hamburg über einen im Eppendorfer Krankenhaus beobachteten Fall dieser seltenen Knochenerkrankung der Neugeborenen. Makroscopisch zeichnete sich der Fall aus durch ganz erhebliche Weichheit der Knochen und zahlreiche Fracturen an den Rippen und Extremitäten. Diese Fracturen befanden sich in den verschiedensten Stadien und zeigten mannigfache Uebergänge von ganz frischen Brüchen bis zu solchen, die mit knöchernem Callus geheilt waren (das Kind hatte nur einige Stunden gelebt). Die Extremitäten waren kurz und plump und mannigfach verbogen und eingeknickt, die Knochensubstanz war so weich, dass man sie schneiden konnte, von einer Compacta war fast nichts zu sehen. Mikroscopisch fand sich an der Ossifikationslinie eine ungewöhnliche Persistenz der Knorpelgrundsubstanzreste, sehr mangelhafte und unvollkommene Bildung von Knochensubstanz und geringe Kalkablagerung in der primären Verkalkungszone; ausser-

Digitized by Google

dem zerstreut über den ganzen Knochen grössere und kleinere necrotische Stellen.

Die wenigen bisher beobachteten Fälle von Osteogenesis imperfecta — die meisten damit behafteten Kinder starben während oder gleich nach der Geburt — wurden der fötalen Rhachitis zugerechnet. Heute unterscheidet man folgende Knochenerkrankungen der Neugeborenen:

1. echte Rhachitis (selten);
2. Chordrodystrophia foetalis,
   a) malacische Form,
   b) hypertrophische Form,
   c) hypotrophische Form;
3. syphilitische Erkrankungen;
4. Osteogenesis imperfecta.

Letztere ist eine Krankheit für sich, lässt sich makro- und mikroscopisch scharf von den übrigen trennen. Zum Studium der Knochenerkrankungen, insbesondere zur scharfen Differenzierung des Knorpel- und Knochengewebes empfiehlt H. eine Doppelfärbung mit polychromem Methylenblau, Hämatoxilin und van Gieson'schem Säuregemisch.

---

72) **Joachimsthal.** Ueber Zwergwuchs und verwandte Wachstumsstörungen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 4.)

J. berichtet in der Fr. Vereinigung der Chirurgen Berlins (14. XI. 98) unter gleichzeitiger Projection von Röntgenbildern über Erfahrungen, die er bei der Durchleuchtung von Kranken mit Wachstumsstörungen zu sammeln Gelegenheit gehabt hat. Das Object seiner Forschungen war zunächst eine Reihe von Individuen mit sogen. Zwergwuchs, also wohlproportioniert gebaute, geistig vollkommen normale, aber abnorm klein gebliebene Personen (Liliputanertheater). Obgleich das Alter der Leute zwischen 30—36 Jahren schwankte, also einem Zeitabschnitt entsprach, in dem die normalen Wachstumsvorgänge längst ihr Ende erreicht haben sollen, wurde doch von fast allen aufs Bestimmteste angegeben, dass sie noch in einem beständigen, zeitweise stärkeren, zeitweise schwächeren Wachstum begriffen seien. Und wirklich fanden sich bei 6 von den 8 Untersuchten die Epiphysenknorpel noch in vollster Deutlichkeit erhalten, und auch sonst entsprach das Verhalten der Knochen ganz dem kindlichen Charakter.

Eine weitere, 12jährige Kranke mit der früher allgemein als „fötale Rhachitis", von Kaufmann als „Chondrodystrophia foetalis" bezeichneten Erkrankung, die so erheblich im Wachstum zurückgeblieben war, dass sie mit 83 cm Körperlänge kaum die Grösse eines $2^1/_2$ jähr. Kindes erlangt hatte, liess im Gegensatz zu dem Verhalten des Kindes mit abgelaufener echter Rhachitis auf den Sciagrammen ausser einer abnormen Knorpelwucherung und einem vollständigen Fehlen von Ossifikation keine unregelmässige Gestaltung der diaphysären Enden erkennen, offenbar herrührend von dem Anwachsen des Periosts zwischen dem Epiphysenknorpel und der Diaphyse. Durch eine lineäre Osteotomie an beiden Unterschenkeln wurde ein bestehen-

Digitized by Google

des Genu varum duplex beseitigt und eine Verlängerung von $2^1/_2$ cm erzielt.

Endlich demonstriert J. noch die Bilder eines 12jähr. Mädchens mit einer Wachstumsstörung infolge von Kretinismus. Körpergrösse (110 cm) wie Ossifikation entsprechen hier dem Verhalten eines 7jähr. Kindes.

---

73) **S. Weiss.** Demonstration eines Falles von echtem proportioniertem Zwergwuchs im Kindesalter.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 52.)

Dieselbe erfolgte im Wiener medic. Club (30. XI. 98):

Der Knabe wurde am 13. IX. ins Karolinen-Kinderspital aufgenommen. In der Familie kein Zwergwuchs, keine Blutsverwandtschaft. Er kam als sehr kleines Kind zur Welt. Mit 2 Jahren erste Versuche, sich aufzusetzen, mit 4 Jahren 1. Zahndurchbruch, mit 5 Jahren Beginn zu sprechen. Pertussis, Morbilli, Varicellae durchgemacht. Von Seiten der Intelligenz und Sinnesorgane hatte keine Störung bestanden.

Befund bei der Aufnahme: 7 Jahre alt. Körperlänge 76 cm, Kopfumfang 47 cm, Halsumfang 24 cm, Brustumfang 47 cm, Bauchumfang 61 cm. Knochenbau äusserst grazil, ebenmässig. Schädel gross, symmetrisch, geringe Vortreibung der Stirn- und Scheitelhöcker, Andeutung einer Hinterhauptstufe, Gesichtsschädel proportioniert im Vergleiche zum Hinterschädel, Nasenwurzel etwas eingezogen, verbreitert; vollständig erhaltenes Milchgebiss. Thorax etwas abgeflacht, kein Rosenkranz, untere Brustapertur etwas erweitert. Becken proportioniert. Extremitäten zierlich, schmal um die Epiphysen, geringe Genua valga. Das Röntgenbild der Hand zeigt Fehlen der Knochenkerne im Os lunatum, multangulum majus, minus, scaphoideum und im distalen Ulnaende; es sind also statt der im 7. Lebensjahre schon gebildeten 7 Knochenkerne der Handwurzel nur 3 vorhanden. Dieselbe Entwickelungshemmung zeigt der Fuss, welchem der Knochenkern im Os naviculare und die Verknöcherung der Endphalangen fehlt. Haut und Schleimhäute frei von Myxödem. Schilddrüse undeutlich tastbar. Sinnesorgane normal. Intelligenz, Sprache gleich der eines 3jährigen Kindes. Die unteren Extremitäten zeigen geringe Abmagerung, Patellar- und Fussclonus. Gang unsicher, ähnlich den ersten Gehversuchen eines Kindes. Sonstiger Organbefund normal.

Die Diagnose „genuiner proportionierter Zwergwuchs“ gründete sich auf die Kleinheit, das proportionierte Verhältnis des Körpers, Oberkörper länger als die Beine, entsprechend dem Verhältnis beim Neugeborenen, Körperlänge gleich der Spannweite der Arme, Reichen der Fingerspitzen bis zum unteren Drittel der Oberschenkel, Fehlen der Knochenkerne, Mangel eines cretinischen Symptoms und von Idiotie. Auszuschliessen war fötale Rhachitis mit ihren kurzen, stummelähnlichen, geknickten Extremitäten; die vorhandenen Symptome von Rhachitis sind zu gering, ausserdem erfolgte Längenwachstum auf Thyreoidin (s. unten), das Rhachitis nicht beeinflusst. Die Symptome der supponierten infantilen Cerebrallähmung sind zu rudimentär, um einen sonst an Infectionskrankheiten, Hydrocephalus, Blitzschlag sich anschliessenden Zwergwuchs zu erklären.

Auf Thyreoidinverabreichung von insgesamt 32 Tabletten (Anfangsdosis $^1/_4$ Stück) erfolgte innerhalb $2^1/_2$ Monaten ein Längenwachstum von 9 cm, Zunahme des Brustumfangs um 5 cm, des Körpergewichts um 2 kg, Besserung der Intelligenz, Deutlicherwerden der Sprache, Selbständigwerden im Gange, Umstimmung des früher stets morosen Charakters; üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Digitized by Google

74) **Klein.** Ein Fall von Pubertas praecox.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899. No. 3.)

Am 22. VI. d. J. wurde K. zu einem $2^1/_2$jähr. Mädchen wegen Prodromalerscheinungen von Masern gerufen. Letztere wurden leicht überstanden, und der Fall bot nur Interesse wegen des zufälligen Nebenbefundes der geschlechtlichen Frühreife.

Die Anamnese ergab Folgendes: Pat. wurde am 17. I. 96 als 1. Kind geboren (ein 2. Kind, ebenfalls Mädchen, jetzt 14 Monate alt, ist gesund und normal entwickelt). Es war bei der Geburt „sehr elend", danach im 1. Halbjahr immer „kränklich". Weiter ist über die ersten 10 Lebensmonate, die Pat. bei fremden Leuten zubrachte, nichts zu erfahren. Jedenfalls aber fiel sofort, als Pat. im November 1896 zu den Eltern zurückkam, die unnatürliche Körperentwickelung auf: ausgebildete Brüste; grosse behaarte Geschlechtsteile, aus letzteren eine Blutausscheidung, die als regelrechte Menstruation sich geltend machte. Von November 1896 bis September 1897 in regelmässigen vierwöchentlichen Intervallen Blutung, jedesmal 8 Tage lang in mässiger Intensität. Bis Weihnachten 97 blieben dann die Menses aus, dann erschienen sie wieder und hörten nicht wieder auf, vielmehr blieb nun eine continuierliche Metrorrhagie bestehen, die jeder Medikation mit Tonicis und Stypticis widerstand und noch anhält. Während der Masern sogar verstärkte Blutung, die aber am 5. Juli von selbst cessierte und bis heute (Ende November) nicht wiederkehrte. Neben Abgang von Blut wird noch ständiger Fluor albus erwähnt. Allgemeinbefinden soll meist nicht befriedigend gewesen sein. Gehen wurde erst mit $1^1/_2$ Jahren gelernt, nur etwa 2 Monate lang mühsam geübt, dann wieder ganz aufgegeben, so dass das Kind im Juni überhaupt nicht mehr auf den Füssen stehen konnte. Dentition trat mit 9 Monaten ein und lief normal ab.

Status praesens (vielfach nicht genau wegen Ungeberdigkeit des Kindes): Kein auffallender Eindruck auf den ersten Blick. Kind ziemlich klein (nur 90 cm Länge). Gesamthabitus ein ziemlich decrepider: welke Haut mit Ekzemen, schlaffe Muskulatur, geringes Fettpolster. Genitalsystem vollkommen ausgereift: Auf einem flachen Thorax sitzen beiderseits gut entwickelte Mammae, etwa citronengross; Warzen aufrecht, von einem dunkel pigmentierten Hof umgeben. In den fettarmen Brüsten ein gut ausgebildeter Drüsenkörper zu palpieren. Keine Behaarung der Achselhöhlen. Die Vulva gleicht an Grösse der einer 14jähr. Virgo. Die grossen Schamlippen, mässig mit Fett gepolstert, schliessen aneinander und sind rings mit mässig dichten, hellen, 1—2 cm langen Haaren besetzt, die auf dem Mons Veneris fehlen. Labia minora sind minimal, eigentlich nur im oberen Drittel entwickelt, Clitoris dagegen ziemlich lang und dick. Im Introitus ringförmiges Hymen sichtbar; Schleimhaut überall gerötet, succulent, mit Spuren von weissem Fluss. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben (Umfang in Nabelhöhe 54 cm); Nabel prominent (doch kein Bruch); Palpation ganz resultatlos. Perkussion ergiebt bis 2 Fingerbreiten über dem Nabel tympanitischen Schall, von da abwärts vorn völlige Dämpfung, seitlich und hinten dagegen wieder Darmton. Deutliche Residuen von Rhachitis nicht zu constatieren. Psychische Entwickelung nur dem Alter entsprechend; keine Spur von Schamhaftigkeit.

Seit dieser Untersuchung hat K. den Fall 5 Monate beobachtet. Zunächst blieb Pat. nach den Masern auffallend lange schwach und elend, sodass sie fast das Bild einer progressiven Kachexie darbot. Seit Anfang September jedoch ist ein Umschwung dahin eingetreten, dass der Kräftezustand sich fortgesetzt hebt, und so ist jetzt das Allgemeinbefinden ein günstiges.

Wir haben also hier einen Organismus, der die Entwickelung bis zur geschlechtlichen Reife abnorm früh und rasch durchlaufen hat. Der Zeitpunkt des ersten Eintritts der Reifeerscheinungen ist freilich anamnestisch nicht zu eruieren, doch scheint eine intrauterine Reifung am wahrscheinlichsten. Da nun die übrige körperliche und geistige Entwickelung die Schwelle der Lebensjahre nicht überschreitet, wäre der Fall nach Kussmaul[1]) als „isolierte geschlechtliche Frühreife" zu classificieren. Das als einzige sonstige Abweichung vom Normalen hervorgehobene Zurückbleiben

[1]) „Ueber geschlechtliche Frühreife" (Würzburger med. Zeitschr. 1862).

Digitized by Google

im Körperwachstum scheint ein auch von Kussmaul erwähntes Gesetz zu bestätigen, wonach, „sobald die Geschlechtsreife vollendet ist, der Körper aufhört zu wachsen, auch wenn er hinter der mittleren Grösse zurückbleibt“.

Inbezug auf die Ursache der Entwickelungsanomalie liesse sich vielleicht der Abdominalbefund — Auftreibung und Dämpfung — verwerten; wenigstens findet man bei Kussmaul unter den Begleiterscheinungen der Menstruatio praecox 3mal Ovarialtumoren erwähnt. Doch bleibt die Sache hier wegen der unvollständigen Untersuchung dunkel, ebenso wie die Aetiologie der Unregelmässigkeiten in der Thätigkeit der Geschlechtsorgane; höchstens die letzte endgiltige Cessation der Blutung liesse sich vielleicht mit der fieberhaften Allgemeinerkrankung in Zusammenhang bringen, zumal ja Morbilli eine besondere Affinität zu den Vasomotorencentren haben.

---

75) **Slawyk.** Ein Fall von Hirntumor mit Riesenwuchs.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 3.)

S. stellte in der Gesellschaft der Charité - Aerzte (14. VII. 98) folgenden seltenen Fall vor:

4jähr. Arbeitersohn, von gesunden Eltern stammend; 1 Bruder gesund. Pat. selbst hat sich normal entwickelt. Während des 2. Lebensjahres war er sehr reizbar; geringe Gemütsbewegungen genügten, um Krampfanfälle hervorzurufen. Später verlor sich dies. Seit einem Jahre nun hat sich das Kind in seinem ganzen Wesen verändert: sonst heiter und fröhlich, war er jetzt weinerlich, niedergedrückt, wollte nicht spielen, sprach sehr wenig. Ungefähr um dieselbe Zeit begann eine ungewöhnlich rasche und übermässige Entwickelung des ganzen Körpers. Besonders waren es einzelne Teile, die in extremer Weise wuchsen: die Brüste und der Penis. Seit den letzten Wochen zeigte sich grosse Unbeholfenheit beim Gehen, es traten ferner stundenlang dauernde Anfälle von Geistesabwesenheit ein, bei welchen das Kind, ohne Nahrung zu nehmen, in apathischem Zustand vor sich hinstierte. Dabei waren die vegetativen Functionen ungestört, der Appetit sogar vermehrt.

Status praesens: Pat. ist ein kleiner Riese, macht den Eindruck eines 8jährigen. Länge 108 cm, Kopfumfang 53,5 cm, Körpergewicht 20 kg. Dabei proportionaler Bau, kein Symptom von Akromegalie. Auffallend dagegen die übermässige Entwickelung der Mammae und namentlich des Penis. Erstere erscheinen etwa wie die eines 13jähr. Mädchens, letzterer, in nicht erigiertem Zustand vom Mons pubis bis zur Spitze der Glans gemessen, 9 cm lang und entsprechend dick. Auf dem Mons Veneris reichliche Schamhaare. Hoden etwa taubeneigross. Die Genitalien übertreffen diejenigen des gleichen Lebensalters um das Dreifache! Sensorium vollkommen frei; Pat. antwortet auf Fragen, ja zeigt da oft eine komisch wirkende Altklugheit. Stimmung gleichmässig ruhig; Pat. ist ernster, gesetzter, es fehlt ihm die phantasiereiche Lebendigkeit, gleichaltriger Kinder. Kopf wohlgebildet, in allen seinen Maassen vergrössert. Haarwuchs natürlich. Gesicht ohne Besonderes. Lidspalten gleich weit, Augenbewegungen unbehindert; leichter Strabismus convergens, angeblich angeboren, jedenfalls ohne Zusammenhang mit dem jetzigen Leiden. Pupillen gleichweit; auf Lichteinfall und beim Convergieren verengern sie sich nicht. Typische Stauungspapille. Im Facialisgebiet keine Störungen, auch Nase, Mund, Rachenorgane normal. Stimme auffallend tief; beim Sprechen leichte Verlangsamung der einzelnen Silben. Existenz der Thymus lässt sich nicht nachweisen, keine Vergrösserung der Thyreoidea. Lungen, Herz, Bauchorgane normal. Puls verlangsamt (70) und unregelmässig. Im Urin weder Eiweiss, noch Zucker; Tagesmenge durchschnittlich 1000 ccm. Im Gebiet der motorischen Bahnen nichts Besonderes; grobe motorische Kraft gut entwickelt. Bei den Bewegungen der oberen Extremitäten zeigt sich leichte Ataxie, ebenso beim Gehen; kein Romberg. Sensibilität nicht gestört. Patellarreflexe sehr lebhaft, auch die anderen Reflexe deutlich.

Digitized by Google

Das Kind zeigte also nach 2 Richtungen hin pathologisches Verhalten: es wies Zeichen vermehrten Hirndrucks (Stauungspapille, Pulsverlangsamung und Unregelmässigkeit) und Riesenwuchs, besonders der Genitalien, auf. Die Annahme eines Tumors der Hypophysis cerebri wäre geeignet, beide Momente in Zusammenhang zu bringen, da im Gefolge eines solchen oft Riesenwuchs, gewöhnlich vergesellschaftet mit Akromegalie, beobachtet worden ist. Letztere ist hier allerdings nicht vorhanden, doch existiert ein Fall Uthoff's, wo ein 14jähr. Kind Akromegaliesymptome zeigte, das im Alter von 6 Jahren als Riesenkind (ohne Akromegalie) demonstriert wurde; in dieser Periode fand ärztliche Beobachtung nicht statt, möglicherweise also gingen die Erscheinungen des Riesenwuchses denen der Akromegalie voraus.

---

76) **Backhaus.** Demonstration einer seltenen Missgeburt.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 2.)

Dieselbe erfolgte in der Gesellschaft f. Geburtshilfe zu Leipzig (19. XII. 98) und betraf eine seltene, 5 Tage alte, lebende Missbildung, die von einer erstgebärenden, gesunden, hereditär nicht belasteten Frau stammt und spontan geboren wurde.

Es handelt sich bei dem ausgetragenen, 50 cm langen, 3100 g schweren Kind um Hydrencephalocele in Verbindung mit medianer Gesichtsspalte und um Missbildungen an Fingern und Zehen durch amniotische Bänder.

An Stelle des Hirnschädels findet sich eine breite, den Gesichtsschädel nach beiden Seiten überragende, weiche Masse, an deren oberstem Teil in der Ausdehnung eines kleinen Handtellers in den ersten Tagen Gyri und Sulci des Gehirns deutlich zu erkennen waren. Jetzt sind diese Stellen missfarbig, zum Teil eitrig belegt. Darüber zieht sich ein kleiner geschrumpfter Strang, welcher als Eihautrest anzusprechen ist. Auch der übrige, nach der Breite sich ausdehnende Teil entspricht dem Cerebrum, dessen Ventrikelflüssigkeit vermehrt ist; seitlich und nach hinten ist dasselbe von behaarter Kopfhaut, die zum Teil jetzt gangränös geworden ist, bedeckt. Von den Schädelknochen sind nur das Hinterhauptsbein und die beiden Schläfenbeine vorhanden; die Scheitelbeine fehlen vollkommen. Pulsation des ganzen Tumors ist nicht vorhanden. Wirbelsäule und Rückenmark normal. Am Gesicht erkennt man noch deutlich die Anlage, wie man sie in der 4. Woche der Entwickelung beim Embryo vorfindet. Unterkiefer und Zunge verhalten sich normal, dagegen haben sich die Spalten oberhalb, welche vom Stirnfortsatz und seinen Ausläufern einerseits und vom 1. Kiemenbogen anderseits gebildet werden, nicht oder nur zum Teil geschlossen. Nase und Mundhöhle sind nicht getrennt. Die mittleren Stirnfortsätze sind rudimentär, die seitlichen besser ausgebildet, die Zwischenkiefer fehlen. Dar Knochen in der Mitte ist als Vomer anzusprechen. Seitlich sind deutlich Nasenmuscheln zu erkennen. Der rechte Nasenflügel ist rudimentär vorhanden und ausgesprochen respiratorisch beweglich. Vom 1. Kiemenbogen springen beiderseits die Oberkieferfortsätze hervor. Die Gaumenplatten sind nur angedeutet, der weiche Gaumen in der Mitte gespalten. Augenlider verkümmert vorhanden, zeigen links Cilien; die Bulbi fehlen; die seitlichen Gesichtsspalten geschlossen.

Das Kind atmet geräuschvoll, kann kräftig schreien, macht Saugbewegungen, kann jedoch nicht schlucken. Von Ernährungsversuchen mittelst Schlundsonde musste wieder Abstand genommen werden, da die Milch herausgewürgt wurde und Erstickungstod zu befürchten war.

An Zehen und Fingern finden sich die häufiger vorkommenden Verkümmerungen; man sieht an denselben noch einzelne amniotische Fäden. Das Kind hat weiterhin Klumpfüsse und endlich noch eine tiefe Einschnürung am linken Unterschenkel, wodurch der linke Fuss leicht ödematös geworden ist. In den ersten Tagen traten häufig klonische Zuckungen in den Extremitäten auf.

Digitized by Google

Es liegt nahe, dass alle Missbildungen auf eine gemeinsame Ursache, und zwar auf Verwachsungen des Amnions auf dem Fötus zurückzuführen sind. Weiteres wird die Section zu ergeben haben.

---

77) C. Hochsinger. Angeborener Defect des uropoëtischen Systems und totaler Fruchtwassermangel.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 3.)

H. beobachtete diese Anomalie bei einem vollkommen ausgetragenen, kräftig entwickelten Mädchen, welches eine halbe Stunde nach der Geburt unter schnappenden Atemzügen verstarb, ohne dass die bei der Asphyxie der Neugeborenen sonst gebräuchlichen Wiederbelebungsmittel auch nur den geringsten Effect gezeigt hätten. Das Kind hatte auch eine doppelseitige Hüftgelenksluxation und beiderseits hochgradigen Klumpfuss, als Folgen completen Fruchtwassermangels bekannt.

Da das Neugeborene keineswegs asphyctisch erschien, sondern ziemlich kräftig war, befremdete der jähe Tod und veranlasste die Section, die dann das überraschende Bild eines completen Defectes des gesamten uropoëtischen Apparates ergab: Keine Nieren, keine Ureteren, keine Harnblase! Als einzige Andeutung dieses Systems war ein bloss wenige Millimeter langes, blindsackförmig endendes Canälchen oder, besser gesagt, Grübchen an Stelle der äusseren Urethralmündung aufzufinden; Nebennieren waren vorhanden, Geschlechtsorgane normal.

Der Fall ist aus 2 Gründen recht interessant. Zunächst lehrt er, dass die Niere während der ganzen Fötalperiode kein lebenswichtiges Organ ist, vielmehr erst zu Beginn des extrauterinen Lebens ein solches wird, — sonst hätte die Frucht nicht am normalen Schwangerschaftsende lebend und kräftig geboren werden können. Da bekanntlich die Fötalniere schon frühzeitig im Intrauterinleben Harn absondert, so sollte man meinen, dass, wenn die Ausscheidung dieser stickstoffhaltigen Stoffwechselschlacken unmöglich gemacht ist, der Fötus an Urämie zu Grunde gehen musste. Dies ist aber nicht so! Wohl besitzt der Fötus einen besonderen Stoffwechsel. Die mehrfach veröffentlichten Beobachtungen von ausgetragenen Neugeborenen, welche, mit Atresia urethrae behaftet, zur Welt gebracht wurden und dabei kolossal gefüllte Harnblasen hatten, beweisen, dass zum mindesten in den letzten Fötalmonaten ganz sicher Harn vom Fötus in erheblicheren Quanten abgesondert wird. Dass dieser Fötalharn stickstoffhaltige Stoffwechselproducte enthält, ist ebenfalls nachgewiesen, wenn diese auch bei der Geringfügigkeit des fötalen Stoffwechsels nicht sehr bedeutend an Quantität sein können. Immerhin muss man doch bei obigem Falle fragen, wo dieselben hinkamen, und es bleibt nur die Erklärung übrig, dass diese Stoffwechselproducte auf dem Wege des Placentarkreislaufs durch osmotische Vorgänge den fötalen Organismus verliessen, ins mütterliche Blut übergingen und durch den Harn der Mutter eliminiert wurden.

Digitized by Google

Das 2. interessante Moment ist das absolute Fehlen von Fruchtwasser, das hier Folge des Defects sein musste. Ein ganz ähnliches Verhalten wurde bei einem jüngst von Hoenes publicierten Falle constatiert, wo ebenfalls bei Defect des uropoëtischen Systems bei der Geburt sich kein Tropfen Fruchtwasser verfand. Diese beiden Fälle zeigen aber, dass mindestens während der letzten Zeit der Gravidität der Fötalharn die Hauptquelle des Fruchtwassers ist. Das geht übrigens auch aus Fällen hervor, wo die Früchte mit Atresie der Harnröhre und ad maximum gefüllter Harnblase geboren wurden, ebenfalls ganz ohne Fruchtwasser; das aus früheren Fötalperioden stammende Fruchtwasser — woher dasselbe herrührt, ist noch nicht ganz erwiesen — musste in diesem, wie dem obigen Falle der Fötus verschluckt oder resorbiert haben, und da eine Sekretion des uropoëtischen Systems später nicht stattfand, also die Hauptquelle für das Fruchtwasser fehlte, so entstand eben completer Fruchtwassermangel.

---

78) **Commandeur.** Dilatation des Harnapparates durch congenitale klappenartige Verengerung der Urethra.

(Lyon méd. 1898 No. 11. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899, Bd. 28 No. 2.)

Bei der Autopsie eines kurze Zeit nach der Geburt gestorbenen Kindes constatierte C. eine enorme Dilatation der Blase, der Ureteren und Nieren. In der Urethra (in der Gegend des Veru montanum) bestand eine halbmondförmige Klappe mit gegen die Blase zugekehrter Tasche; keine anderen fötalen Difformitäten.

---

79) **S. Spangaro.** Papillom der Blase und Harnröhre, mit nachfolgender Hydronephrose.

(Policlinico 1898, 15. März. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 51.)

Ein 3jähr. Knabe erkrankte mit Schmerzen bei der Urinentleerung, Erschwerung derselben und Hämaturie. Der Arzt vermutete Blasenstein; der eingeführte Katheter schien auf einen Fremdkörper zu stossen und erzeugte abermals Hämaturie. Das Urinsediment enthielt weisse und rote Blutkörperchen, sowie zahlreiche Blasenepithelien. Der vorgenommene perineale Blasenschnitt ergab keinen Stein, dagegen mehrere fleischige Knoten von knolliger Oberfläche, zum Teil leicht incrustiert. Es wurde nunmehr von weiteren Eingriffen abgesehen. Nach anfänglicher Besserung, wobei aus der Dammwunde noch weitere Gewebsstücke sich entleerten, kam es zu wesentlicher Verschlimmerung: Die Geschwulst wucherte nach aussen, es traten Oedeme, Diarrhoe, Erbrechen auf, und der Knabe ging unter urämischen Convulsionen zu Grunde.

Die Autopsie ergab beiderseitige Hydronephrose (mit sehr erheblicher Dilatation des Nierenbeckens und des Harnleiters), sowie zahlreiche weiche Geschwülste in der Blase; die letzteren nahmen nicht allein den ganzen unteren Blasengrund ein, sondern umgaben auch vollständig die beiden Harnleitermündungen und erstreckten sich ausserdem weit in die Harnröhre hinein. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose „Papillom“.

Der Fall war bemerkenswert wegen des Auftretens eines Papilloms in so jugendlichem Alter und durch den raschen Verlauf (etwa 2 Monate), endlich wegen der Hydronephrose, die unschwer auf die Compression der Harnleitermündungen zu beziehen war.

Digitized by Google

80) **Wanitschek.** Ueber ein Nierensarcom bei einem Kinde. (Aus Prof. Bayer's Abteil. im Kaiser Franz Joseph-Kinderspital in Prag.) (Prager medicin. Wochenschrift 1898 No. 52.)

Pat. ist ein $6^1/_2$jähr. Mädchen, dem vor $2^1/_2$ Jahren die linke Niere wegen Sarcoms exstirpiert worden ist und das jetzt (5. IX.) wiederkommt. Die Mutter giebt an, dass Pat. seit jener Operation sich wohl befand. In den letzten 3 Monaten erst bemerkte sie wieder ein Grösserwerden des Bauches.

Kindskopfgrosser, ganz frei beweglicher Tumor in der linken Unterbauchgegend mit teilweise tympanitischem Perkussionsschall, — wahrscheinlich also Recidiv in den Lymphdrüsen des Mesenteriums des Colon descendens. Pat. schaut blühend aus, die rechte Niere functioniert anscheinend ganz gut, im Harn keine abnormen Bestandteile.

Am 21. IX. Operation. Der Tumor präsentiert sich zwischen den beiden Blättern des Mesocolon, teilweise vom Colon descendens und von einigen Dünndarmschlingen überdeckt. Diese sowie das Colon sind stellenweise eng mit dem Tumor verwachsen. Die Lösung ersterer geht leicht von statten, die dabei entstehenden Substanzverluste lassen sich durch Uebernähen der Serosa gut decken. Nicht so bei dem Stück Colon. Hier bleiben trotz sorgfältigster Präparation ganze Lagen der Muscularis an dem Tumor haften, und nachdem nun dieser entfernt ist, muss das schwer geschädigte Darmstück reseciert werden. Vereinigung durch Ringnaht. Schluss des Peritoneums und der Bauchdecken durch tiefe Nähte. Die Operation dauerte 1 Stunde; es wurden 70 g Chloroform verbraucht.

Verlauf nach der Operation relativ gut. Erst am 5. Tage plötzlich höheres Fieber: im Unterlappen der rechten Lunge pneumonischer Herd, Tags darauf ein solcher auch auf der anderen Seite. Von Seiten der operierten Teile keine Reaction, gute Heilung. Die Lungenerkrankung (nebst diffuser Bronchitis) verlief recht schwer, erst nach 10tägiger Dauer Besserung im Befinden. Am 15. X. wieder erhöhte Temperatur, Abnahme der Menge des Harns, in letzterem Eiweiss, viel Blut, hyaline granulierte Cylinder, Epithel und Blutcylinder. Die Erscheinungen dieser acuten Nephritis verschlimmerten sich, Pat. war wieder 10—12 Tage in hoher Gefahr. Dann aber begann die Besserung: Die Oedeme verschwanden, desgleichen die pathologischen Harnbestandteile (bis auf geringe Blutbeimengung), der Appetit kam, die Kräfte nahmen zu, und auf Wunsch der Eltern wurde das Kind am 8. XI. in häusliche Pflege entlassen.

Dieser günstige Verlauf war höchst bemerkenswert, namentlich wenn man die Umstände bedenkt. Das Kind überstand nicht nur 2mal eine schwere intraabdominelle Operation samt der Chloroformnarkose, das 2. Mal, wo noch Resection des Darmes stattfand, sogar mit einer Niere, sondern es machte dieses 2. Mal post oper. noch eine schwere Pneumonie und eine hämorrhagische Nephritis durch (woher letztere kam, ist nicht ganz sicher zu stellen; vielleicht war es Scharlachnephritis — es befand sich in demselben Zimmer ein Fall von Scarlatina —, vielleicht aber versagte die gesunde, bis dahin prompt functionierende Niere bei der infolge der Pneumonie ihr zugemuteten Mehrarbeit, wodurch sie einer Schädigung — vielleicht durch irgendwelche Toxine — zugänglich wurde).

Was steht aber dem Kinde bevor? Voraussichtlich nichts Gutes, wie die bisher in der Klinik operierten 3 Fälle vermuten lassen: 1. 7 Monate alter Knabe, operiert am 25. I. 94, gestorben 1 Jahr später an Lebermetastasen. 2. 2jähr. Knabe, starb 3 Tage post oper. 3. 6jähr. Knabe, starb 1 Jahr darauf an Metastasen der Lunge. So geht's auch anderen Chirurgen. Grund: Die Tumoren gelangen zu spät zur Operation, sei es, dass sie zu spät von den Eltern bemerkt werden, sei es, dass die Aerzte bei gewöhnlicher Untersuchung die noch kleinen Geschwülste nicht diagnosticieren.

Digitized by Google

81) **Dalziel.** Grosses retroperitoneales Lipom bei einem Kind.

(Glasgow med. journ. Mai 1898. — Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 1.)

Seit dem 2. Lebensjahr des jetzt 8jähr. Mädchens ist der Unterleib prominent und wurde seiner Zeit auf Tuberkel behandelt. Die Schwellung nahm in den letzten Jahren zu, seit zwei Jahren stellten sich Schmerzen ein, zuletzt litt das Kind besonders an Brechen und Obstipation. Es ist elend, schlecht genährt, greisenhaft. Abdomen von einem festen Tumor ausgefüllt, nur am Schwertfortsatz tympanitischer Ton; Gestalt pyramidenförmig, Spitze nach unten. Vom Proc. xyphoid. zum Nabel 10 Zoll, von da zu den Pubes $6^1/_2$; Umfang am Nabel 26,4 Zoll darunter 34. Im Urin reichlich Eiweiss.

Das Kind starb bei der Incision durch die Bauchhaut an Collaps. Der Tumor sass gleichmässig auf der Wirbelsäule auf, vom Sacrum bis zu den Zwerchfellsmuskeln hinauf vom Peritoneum bedeckt; beide Ureteren verliefen als stark dilatierte, dünnwandige Canäle über ihn hin. Eingeweide völlig nach oben verdrängt.

Die Diagnose Lipom hatte vor Eröffnung des Abdomens nicht gestellt werden können.

---

82) **Stoops.** Péritonite aiguë purulente chez une fillette de 8 ans. Mode spécial de drainage.

(Arch. méd. belgiques 1898. Juni. — Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 49.)

S. machte den Bauchschnitt in der Linea alba, entleerte etwa 2 Liter Eiter und legte dann rechts und links in der Regio hypogastrica so tief unten als möglich je eine Drainageöffnung an. Dann führte er 2 Gummiröhren durch, deren Enden einerseits an den Drainagelöchern, andererseits im untersten Laparotomiewinkel mit Sicherheitsnadeln befestigt wurden. Er spülte die Bauchhöhle mit sterilisiertem Wasser gründlich aus. Verband. 48 Stunden später Verbandwechsel und abermalige gründliche Ausspülung. Heilung. Entfernung der Röhren am 22. Tage.

Die Auswaschungen, von Lambotte zuerst angegeben, hält St. deshalb für so wichtig, weil sie den Absackungen des Eiters nach der Laparotomie am besten vorbeugen.

---

83) **E. Hagenbach-Burckhardt.** 2 Fälle von Invagination des Dickdarms.

(35. Jahresbericht aus dem Kinderspital in Basel. 1898.)

1. Kind im Alter von 3 Jahren. — Eintritt 19. December 1896. — Vor 1 Jahr vorübergehende Kolikschmerzen. Abgang von zahlreichen Helminthen nach Wurmmittel. Im übrigen stets gesund. Seit 14 Tagen mit zeitweiligen Remissionen kolikartige Leibschmerzen, Erbrechen; Wurmmittel mit nur vorübergehendem Erfolg.

Status praesens: Gut genährt, afebril, Foetor ex ore. Plötzlich auftretende rasch vorübergehende Kolikschmerzen, undeutliche Resistenz im Epigastrium rechterseits. Zeitweise Erbrechen von nicht fäculenten Massen. Stuhlverhaltung. Verdacht auf Invagination. Narcotica. Nährclystiere. Am 22. XII. ergiebt Untersuchung in Narkose keine Resistenz mehr. Unter beständiger Gewichtsabnahme Kolikschmerzen, spontaner Stuhl, kein Erbrechen. Wegen Auf-

Digitized by Google

findens zahlreicher Ascarideneier im Stuhl Santonin. Nach Abgang weniger Ascariden keine Besserung. Fortbestehen von um den Nabel herum localisierten Kolikschmerzen. Vom 13. I. an stark schleimige mit Blut vermischte Stühle unter heftigem Tenesmus. Rasche Abmagerung. 23. I. hühnereigrosser fluctuierender Tumor der linken Regio hypogastr., auch vom Rectum aus fühlbar. Punction mit negativem Resultat. 2 Tage darauf unter zunehmender Schwäche Exitus.

Section: Eiterige Peritonitis. Frische Invagination des Coecums. Colon ascendens und unterer Ileumschlinge im Colon transvers. Enteritis chronica. Geschwüre im Coecum und Colon ascendens, teilweise der Perforation nahe. Milztumor. 2 Spulwürmer.

2. ½ Jahre altes Kind. — Eintritt 30. April 1897. — Bis jetzt exclusive an der Brust genährt, stets gesund. Erkrankung vor 8 Tagen, Fieber, Auftreibung des Abdomens, Erbrechen, Abgang von schleimigen, blutigen Massen aus dem After, kein Stuhlgang, ordentliche Nahrungsaufnahme.

Status praesens: Gut genährt, kräftig, Temperatur 37,6° in ano, blass, cyanotisch, Collapszustand. Abdomen in toto aufgetrieben; über dem linken Darmbein gänseeigrosser circumscripter Tumor in der Tiefe. Digitaluntersuchung per rectum ergiebt: Invagination des Mastdarms auf einer Länge von 2—3 cm. Das Intussusceptum ragt bis 8 cm oberhalb des Afters. Reposition der Invagination mit dem Finger, worauf der Tumor in Abdomine teilweise zurückgeht. Darmirrigation fördert schleimigblutige Massen zu Tage, kein Stuhl. Gute Nahrungsaufnahme (Brust). 1. V. Tumor in Abdomine, sowie Invagination in alter Grösse, zunehmender Collaps. Vollständige Stuhlverhaltung.

Laparotomie: Schrägschnitt in der inken Regio iliaca. Freilegung von S. Romanum und Colon descendens, welche beide im Colon tranvers. invaginiert sind und ohne grosse Mühe herausgezogen werden können. Dabei werden zahlreiche rundliche anämische, nur noch von Serosa bedeckte und innen bis in die Muskulatur hinein reichenden Geschwüren entsprechende Stellen sichtbar. Resection des ganzen Colon desc. und Flex. sigmoid. Bildung eines anus praeternaturalis durch Fixation des centralen Endes des Colon descendens, sowie des Rectums in der Bauchwunde. Durch den restierenden Teil des Colon descendens lässt sich eine höher gelegene Intussusception des Dickdarms erkennen. Nach der Operation subcutane Kochsalzinfusion. Einige Stunden später unter zunehmendem Collaps Exitus.

Section: Invagination des Coecums und der untersten Partien des Ileums in das Colon ascendens. Beginnende Gangrän des Coecums. Resection des Colon descendens und S. Romanum. Anus praeternaturalis. Druckgeschwüre des Darms, Rhachitis, Fettleber. — Es bestanden demnach ursprünglich folgende 3 Invaginationen: 1. Unteres Ende des Ileum und Coecum samt Wurmfortsatz in das Colon ascendens und teilweise in das Colon transversum. Vollständige Darmocclusion. 2. Flex. sigmoid. und unteres Ende des Colon descendens in den oberen Teil des Colon descendens und in das Colon transversum, Druckgeschwüre. 3. Oberes Ende des Rectums in das untere Ende desselben.

---

84) **R. Fischl.** Ein Beitrag zur Aetiologie der Darmeinschiebungen.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 11.)

Vor einigen Wochen wurde F. in früher Morgenstunde zu einem 6 Tage alten Mädchen gerufen, das in der Nacht an einer Darmblutung erkrankt sein sollte. E. fand thatsächlich die Windeln mit dunkelrotem Blut reichlich beschmutzt, und auch aus dem After sickerte solches in spärlicher Menge hervor. Pat., zur normalen Zeit geboren (beide Eltern gesund) und bis dahin völlig wohl, von einer guten Amme ernährt und bei regelmässiger Verdauung (normaler Milchkot 2—3mal in 24 Stunden), hatte am Abend vorher — aus welchem Gründe, ist nicht eruierbar — von der Hebeamme mit einer Cautschoukbirne, deren Stil einen kurzen Ansatz aus weichem Gummi trug, ein Clysma erhalten, das keinen Erfolg hatte; in der Nacht kam dann die Blutung.

F. dachte erst an Melaena, obwohl kein Erbrechen vorhanden war, auch die Möglichkeit einer Verletzung durch den eingeführten Schlauch wurde erwogen, doch Besichtigung und Digitaluntersuchung ergaben nichts Verdächtiges,

Digitized by Google

sodass die Diagnose in suspenso blieb. F. verordnete kühle Umschläge, intern $^1/_2$ %ige Eisenchloridlösung. sowie längere Trinkpausen.

Am Abend fand F. das Kind ziemlich unverändert, die Blutung per anum dauerte an, hatte jedoch ihren Charakter insofern modificiert, als das Product heller gefärbt war und deutliche Schleimbeimischung aufwies. Stuhl war seit 24 Stunden nicht erfolgt, der Bauch erschien leicht meteoristisch, und im linken Hypochondrium, entsprechend dem Verlaufe des Colon descendens, war eine leichte wurstförmige Resistenz tastbar.

Nunmehr sah F., dass es sich um Intussusception im Bereiche des Endstückes des Dickdarm handle. Er versuchte es mit hohen Infusionen von Wasser, Glycerin und Tafelöl, war jedoch nicht imstande, die geringste Flüssigkeitsmenge über die stenosierte Stelle hinauszutreiben, sodass er, als auch am nächsten Morgen die Lösung nicht erfolgt war, die Operation empfahl, was jedoch abgelehnt wurde.

Die Secretion aus dem After verlor allmählich ihren blutigen Charakter und wurde rein schleimig, der Meteorismus nahm stetig zu, der ins Rectum eingeführte Finger gelangte in die mächtig erweiterte Ampulle, und an deren Spitze fühlte man eine Resistenz, die immer tiefer rückte, um schliesslich zur Analöffnung vorzutreten. Es war dies das hochgradig cyanotische Intussusceptum, dessen Schleimhaut partielle Necrose und starkes Oedem darbot. In den nächsten Tagen kam das eingeschobene Colon immer weiter hervor bis zur Länge von etwa 10 cm, und liess sich nicht mehr reponieren, sodass F. es nur mit Dermatol bestreuen und in Lagen von mit essigsaurer Thonerde getränkter Watte einhüllen liess. Der Tod erfolgte in der Nacht des 7. Krankheitstages unter den Erscheinungen der Perforationsperitonitis. Bis in die letzten Lebensstunden hatte das Kind die Brust genommen und nie erbrochen (offenbar infolge der tiefen Lage der Intussusception).

Als Ursache des ganzen Bildes nimmt F. bei der zeitlichen Aufeinanderfolge und dem Verhalten des Pat. vorher (normale Darmentleerungen, Fehlen aller digestiven Erscheinungen) das Clysma an, sei es, dass das Ansatzstück des benutzten Instruments sich direct in einer Darmfalte klemmte und durch die mit Gewalt eingepresste Flüssigkeit die Falte immer tiefer drängte, sei es, dass event. im Rectum vorhandene Inhaltsmassen durch die grosse Kraft, mit der sie nach aufwärts gejagt wurden, dies bewerkstelligten. F. hat das Instrument schon immer für unzweckmässig gehalten (der Ansatz kommt nie höher, als bis zum 3. Afterschliesser, die Wassermenge ist viel zu gering und regt durch die Raschheit des Eindringens Tenesmus an, sodass die event. Wirkung nur durch Erzeugung einer aufsteigenden peristaltischen Welle zu erklären ist) und statt dessen den Irrigator empfohlen, jetzt kennt er auch die Gefährlichkeit jenes Instruments, das energisch überall bekämpft werden müsste.

---

85) **H. Hammer.** Ein weiterer Fall von congenitaler Magenocclusion.

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

Fälle von congenitaler Atresie des Magens sind äusserst selten. Monti fand (1897) in der Litteratur nur 2 Fälle (Lesshaft und De Bruyn Kops), führte aber nicht den Fall an, den H. 1895 publicierte. Derselbe betraf ein 3 Tage altes Mädchen, das wegen einer Atresia ani aufgenommen war. Bei der Section fand sich ausserdem eine complete Atresie des Magens vor, der gegen das Duodenum zu vollständig verschlossen war, und zwar so, dass an der Occlusionsstelle keinerlei pathologische Veränderungen wahrnehmbar waren, die

Digitized by Google

Schleimhaut des Magens vielmehr glatt über die Occlusionsstelle zog, und dass auch das Duodenum an seinem blinden Ende ebensowenig wie die Nachbarschaft des Darmes etwas Pathologisches aufwies. Unmittelbar an dem verschlossenen, sehr stark ausgedehnten und mit reichlicher, geronnener Milch angefüllten Magen nahm das blinde Ende des Duodenums, an dem ein grösserer Defect nicht bestand, seinen Anfang; der Pylorusteil des Magens war durch eine seichte Furche vom übrigen Magen geschieden, wodurch dieser Sanduhrform annahm. Die Configuration des Magens und seine Grössenentwickelung liessen darauf schliessen, dass der Magenverschluss erst in einem späteren Stadium der fötalen Entwickelung zustande gekommen sein musste, jedenfalls erst zu einer Zeit, wo die Fixation und Drehung des Darms bereits beendet und die Anlage des Pylorus mit seiner Muskulatur abgeschlossen sein musste. H. meinte damals, es handle sich möglicherweise um eine Verschmelzung der auch unter normalen Verhältnissen bestehenden Schleimhautfalte am Pylorusringe, welche die Abgrenzung des Magens gegen den Darm zu bilden mithilft.

Ein ganz analoger Fall kam am 8. X. v. J. zur Obduction und bezog sich auf ein 8 Tage altes Mädchen, das in der Brünner Gebäranstalt unter den Erscheinungen einer katarrhalischen Gastroenteritis gestorben war.

Das Mädchen war als 6. Kind einer 45jähr. Schlossersfrau spontan am Ende der Schwangerschaft geboren. Die Placenta musste künstlich gelöst werden. Nur bei der 1. Geburt war Forceps und manuelle Placentalösung notwendig gewesen, während die übrigen 4 Geburten spontan und normal verliefen. Sämtliche Kinder sind gesund, in der Familie überhaupt keinerlei Missbildungen vorgekommen.

Bei der Pat. fiel von den ersten Lebensstunden an ein häufiges Erbrechen auf. Gleich nach der Geburt wurde reichlich Fruchtwasser mit deutlichen Brechbewegungen entleert, später ebenso Schleim, der sich manchmal rötlich, häufiger und zuletzt ausschliesslich dunkelgrün, meconiumartig gefärbt zeigte. Sowie das Kind nur ganz geringe Mengen von steriler Milch oder Muttermilch trank, folgte gleich Erbrechen. Dabei gingen täglich Meconiumstühle ab. Unter zunehmendem Verfall trat am 8. Lebenstag Exitus ein.

Obductionsbefund: In der Bauchhöhle fiel zunächst der grosse, deutlich sanduhrförmige und gefüllte Magen auf. derselbe war quergestellt und füllte nahezu das ganze Hypochondrium aus. Der ganze Darm bis ins Rectum herab collabiert und ad maximum contrahiert, hatte ganz das Aussehen eines Vogeldarms. Er zeigte in allen seinen Abschnitten normale Entwickelung und Anordnung. Das Duodenum endete in unmittelbarster Nachbarschaft des Magens blind. Von dem blinden Ende zog gegen den Magen ein ca. 2 mm dicker und etwa 4 mm langer Strang, der in die Magenwand überging. Der Abschluss gegen den Magen schien für den ersten Moment ein vollständiger zu sein. Wasser, mit Injectionsspritze in das nach unten zu abgebundene Duodenum eingespritzt, sammelte sich in letzterem an, dasselbe ausdehnend, ohne gegen den Magen abzufliessen. Injicierte man Flüssigkeit in die uneröffnete Gallenblase, so floss dieselbe einesteils ins Duodenum und füllte dasselbe prall an; zugleich bemerkte man aber, dass bei Füllung des abgebundenen Duodenums von der Gallenblase aus allmählich ein Durchsickern der Flüssigkeit in den Magen erfolgte, und zwar an jener Stelle, welche den ursprünglichen Sitz des Pylorusringes vermuten liess. Diese Stelle war an der Magenschleimhaut durch eine kreisrunde, seichte, etwas über linsengrosse Einsenkung markiert. Der grosse Magen hatte Sanduhrform, indem die ganze Pars pylorica durch eine seichte Furche gegenüber dem Fundus abgegrenzt erschien. Der Magen war mit gelblich gefärbtem, flüssigem Inhalte gefüllt, die Wand desselben erschien gleichmässig verdickt. Gegen das Duodenum zu zeigte er sich ganz verschlossen, und liess sich die Gegend, wo man den Pylorusring hätte vermuten sollen, durch die erwähnte kreisrunde Einsenkung erraten. Der Schleimhautüberzug des Magens erfuhr jedoch an dieser Stelle keine

Digitized by Google

Unterbrechung, vielmehr war auch diese Stelle ganz intact. Bei genauerer Präparation gelang es, vom blinden Ende des Duodenums aus mittelst einer feinen Schweinsborste den dünnen Strang bis in den Magen hinein zu sondieren, und zwar kam die Borste an der äusseren Peripherie der kreisförmigen Einsenkung an der Magenschleimhaut zum Vorschein. — Der collabierte Darm mit gallig gefärbtem, schleimigen Inhalt gefüllt; im unteren Dünndarm und im Dickdarm meconiumähnliche Massen sogar reichlich vorhanden. Leber, Milz, Nieren, Genitale etc. normal.

Die Sache war jetzt klar. Zwischen dem scheinbar vollständig gegen den Darm verschlossenen Magen und dem blinden Ende des Duodenums bestand doch durch den kurzen Strang hindurch eine feine Communikation, welche sich durch eine Schweinsborste sondieren liess. Da versteht man, wie von der uneröffneten Gallenblase aus injiciertes Wasser, nachdem es das Duodenum angefüllt, gegen den Magen abfliessen konnte. Den Umstand, dass bei directer Füllung des Duodenums kein Wasser gegen den Magen, trotz der erwiesenermaassen bestehenden Communikation abgeflossen ist, können wir uns nur so erklären, dass bei der directen Füllung des Duodenums das blinde Ende gedehnt und verschoben wurde, wodurch die feine Oeffnung des Canals verlegt wurde. Die von der Gallenblase aus injicierte Flüssigkeit traf das blinde Ende des Duodenums keineswegs direct, konnte also auch nicht leicht eine Verlegung der Communikation durch Zerrung und Dehnung verschulden. Jener Canal zwischen Magen und Darm war übrigens eben nur für eine Schweinsborste passierbar, für Mageninhalt keinesfalls, er gestattete aber den Uebertritt von Galle in den Magen, was daraus hervorgeht, dass der Mageninhalt gallig gefärbt erschien und dass schon in vivo das Erbrochene häufig grün gefärbt war.

Interessant war es, an diesem Falle zu erfahren, wie es mit dem Bacteriengehalt des Darminhalts stand. Bekanntlich war Escherich der erste, der darauf hinwies, dass der Darminhalt der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt steril sei, dass sich jedoch schon in kurzer Zeit Bacterien in demselben ansiedeln, die jedenfalls durch die Nahrung und den mit derselben verschluckten Speichel in den Darm gelangen, wo sie sich rasch vermehren. Durch Versuche zeigte dann Popow, dass die Nahrung wirklich der einzige Weg sei, auf dem Bacterien zuerst in den Darm gelangen. Dem gegenüber fand Schild bei seinen Untersuchungen, dass bei Neugeborenen auch ohne jede Nahrungsaufnahme Bacterienvegetationen im Darme auftraten, für welche lediglich die Einwanderung vom Rectum aus beschuldigt werden konnte. Nun war es freilich bei diesen Versuchen nur das Meconium im Rectum, das den gefundenen Bacteriengehalt aufwies, und es blieb die Frage offen, ob für den Darminhalt in den höheren Darmpartien derselbe Modus zutrifft, die Einwanderung der Keime per anum. Zur Lösung dieser Frage schien obiger Fall, wo ein vollständiger Abschluss zwischen Magen und Darm stattfand, sehr geeignet, und es wurde daher eine mit Meconium gefüllte, 90 cm vom Magen entfernte Darmschlinge doppelt unterbunden, herausgeschnitten, ganz steril behandelt und der Inhalt bacteriologisch geprüft. Es wuchsen zahlreiche Colonien von Bacterium coli commune! Dasselbe konnte hier also nur durch den After eingewandert sein, und da die betreffende Darmschlinge ungefähr der Mitte des

Digitized by Google

Darmes entsprach, ging aus dem Versuche klar hervor, dass bei Kindern, wie Erwachsenen eine Infection des ganzen Darmes mit pathogenen Keimen per anum möglich ist.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

39) **Lichen urticatus** nimmt im frühesten Kindesalter an Häufigkeit zu, glaubt H. S. Purdon, und er führt dies auf das Ueberhandnehmen der künstlichen Ernährung zurück, indem er namentlich dem Rohrzucker die Schuld zuschiebt, der zum Versüssen der Milch benutzt wird und auch einen Bestandteil der meisten Kinderpräparate bildet. Wo Milchzucker benutzt wird, sah er die Affection nicht. Gegen den Juckreiz empfiehlt er Mentholläsung.

(British Medic. Journ. 1898 No. 1947. — Dermatolog. Centralblatt, October 1898.)

40) **Orexin. tann. als vorzügliches Stomachicum für Kinder** rühmt Dr. Künkler (Kiel), der das Mittel ebenso wie Steiner giebt, d. h. 2 mal tägl., $1\frac{1}{2}$—2 Stunden vor dem Mittag- und Abendessen je ein Pulver à 0,5 oder je 2 Chocoladetabletten à 0,25. Dasselbe versagte nie, sondern hob bei allen Arten von Anorexie (z. B. bei Nervosität, Anämie, in der Reconvalescenz schwerer Krankheiten etc.) den Appetit sehr bald; geschmacklos wie es ist, wurde es stets gern genommen, führte auch nie unangenehme Nebenerscheinungen herbei.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 1.)

41) **Eisensomatose bei Chlorose** wandte mit sehr befriedigenden Resultaten F. Werner (Wien, Klinik Drasche) an. Bei Darreichung des Mittels (3 mal tägl. 1 Kaffeelöffel in Milch, Kaffee, Suppe) traten stets Steigerung des Hämoglobingehaltes und des specif. Gewichts des Blutes, Erhöhung der Zahl der roten Blutkörperchen bis zur Norm und darüber, Zunahme des Körpergewichts ein, und die subjectiven Beschwerden schwanden rasch. Ausserdem schwärzt Eisensomatose die Zähne nicht, macht nie Erbrechen oder Magendrücken, auch keine Obstipation, regt aber deutlich den Appetit an.

(Wiener medic. Presse 1898 Nr. 50.)

42) **Heroin,** der Diessigester des Morphins (Farbenfabriken Elberfeld) ist ein Ersatzmittel für Morphium und Codein, bei weitem ungiftiger als diese und frei von unangenehmen Nebenwirkungen. Bei Erwachsenen ist das Mittel bereits vielfach (z. B. von Dr. Floret, Elberfeld, von Dr. Strube, II. medic. Universitätsklinik Berlin, von Dr. J. Weiss, Wien) versucht worden (3 mal tägl. 0,005 - 0,01) und es hat sich bei Krankheiten des Respirationstractus (Bronchitis, Pneumonie, Phthise, Asthma bronchiale) sehr bewährt, indem es rasch den Hustenreiz behob, die Atmung regulierte und Ruhe schaffte, Brustschmerzen linderte u. s. w. Das Mittel alteriert den Blutdruck nicht, macht keine Uebelkeit, Appetitlosigkeit. Es wird in Pulverform gegeben oder als Tropfen mit Aq. amygd. amar. (unter Zusatz von 1 Tropfen Essigsäure).

43) **Torf zu sanitären und anderen Zwecken** in ausgezeichneter Weise nutzbar gemacht hat die Firma Karl A. Zschörner (Wien). In einer von derselben herausgegebenen Brochüre werden die verschiedenen Producte uns vorgeführt, z. B. wird über Torfteppiche, Torfpapier, Torfstreu, Torfmull berichtet, vor allem über Torfwatte, welche besondere Vorzüge besitzt und sich gewiss bald den ihr gebührenden Platz in der chirurgischen Praxis erobern wird.

44) **Eine richtige Verordnungsweise des Bromoforms** ist notwendig, will man günstige Resultate erzielen. Dr. M. Cohn (Hamburg) wendet seit 1892 folgende Bereitungsweise an: Das Bromoform wird zunächst in der gleichen Quantität wasserfreien Alkohols gelöst (um einen Verlust von Bromoform durch Haften am Gefässe zu vermeiden), dann ist die Mischung in 3 – 6 Intervallen mit Gummi arab. trocken zu verreiben (10 mal soviel Gummi, als Bromoform!), schliesslich

Digitized by Google

wird ganz langsam etwas Wasser zugesetzt, und die Masse zu einem dicken Schleim verrieben, bis allmählich die ganze vorgeschriebene Flüssigkeit hinzugegossen ist, worauf dann Syr. Cort. aur. (Syr. simpl. macht zu widerlich!) hinzugefügt wird. Also man verordnet:

Rp. Bromoform. 0,5—1,0—2,0
Solve in
Spirit. rectificatiss. aequal. part.
Tere exactiss. c.
Gumm. arab. 5,0—10,0—20,0
Adde paulatim
Aq. dest. 100,0
Syr. Cort. aur. 20,0
S. Umgeschüttelt, 2stdl. 1 Thee- bis 1 Kinderlöffel.

Diese Emulsion hält sich tagelang, wirkt prompt, und Intoxikationen werden eher vermieden.*)

(Therap. Monatshefte 1899 No. 1.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

10) Vom Gerhart'schen **Lehrbuch der Kinderkrankheiten**, dessen gegewärtig erscheinende (Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung) 2. Auflage von Prof. Seifert bearbeitet ist, liegt Bd. II vor (Preis 10 Mk.). Wir haben bereits beim Erscheinen des I. Bandes empfehlend auf das Werk, das sich ja schon grosser Beliebtheit erfreut, hingewiessen und brauchen heut nur hinzuzufügen, dass auch der II. Band überall die geschickte Hand des praktisch erfahrenen Bearbeiters erkennen lässt, der es verstanden hat, trotz pietätvoller Berücksichtigung des Gerhardt'schen Princips das Werk auf der Höhe der Zeit zu erhalten und die Brauchbarkeit für den Praktiker zu erhöhen.

11) Von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** (Urban & Schwarzenberg, Wien) ist jetzt Heft 7 erschienen (Preis: Mk. 2,40), in welchem der Autor das Blut und seine Erkrankungen behandelt. Nachdem er die Untersuchung des Blutes besprochen und eine übersichtliche Zusammenstellung der Veränderungen desselben im Verlaufe verschiedener Erkrankungen gegeben, befasst er sich mit dem wichtigen Capitel der verschiedenen Anämien, um dann zu den hämorrhagischen Diathesen überzugehen. Alle diese Capitel weiss der erfahrene Autor so interessant als möglich zu gestalten, indem er mit kurzen Worten das Wichtigste klar und präcis hervorhebt, das minder Interessante nur streift, stets aber ein anschauliches Bild des betreffenden Gegenstandes liefert und darauf bedacht ist, das in seiner reichen Thätigkeit Erkannte und Bewährte seinen Lesern nutzbar zu machen. Seine „Einzeldarstellungen“ werden daher stets unter den Praktikern ein dankbares Publikum finden.

*) Bei dieser Gelegenheit will ich mitteilen, dass ich auf die Empfehlung Prof. Fischer's hin in letzter Zeit das Pertussin (Apotheker Täschner, Berlin) mehrfach bei Keuchhusten angewandt habe und damit recht zufrieden war. Das Mittel ist bequem (fertige Lösung) zu nehmen, wird gern genommen, längere Zeit über gut vertragen und beeinflusst entschieden günstig die Anfälle sowohl was Zahl, als auch Intensität anbetrifft; der Husten wird sehr bald leichter, „lockerer“, die Kinder quälen sich nicht mehr so lange, sondern bringen eher als sonst Schleim zu Tage, erbrechen nicht mehr, schlafen besser u. s. w.

Dr. E. Grätzer.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Mai 1899.** No. 5.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

86) **R. Virchow.** Rhachitis und Hirnanomalie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 9—11.)

V. zeigte in der Berliner medic. Gesellschaft (9. II. 99) einige Präparate, die von einem Falle herrühren, der sehr ungewöhnlich und lehrreich ist. Sie stammen von einem 4jähr. Knaben, der in sehr schwerkrankem Zustande in die Heubner'sche Klinik aufgenommen wurde und dort schnell starb. Deshalb war die Untersuchung in vivo eine sehr ungenaue, doch konnten einige Erscheinungen, die auf Rhachitis hindeuteten, wahrgenommen werden, wie Verkrümmung der Extremitäten, Rosenkranz, starke Anämie u. s. w.

Wichtiger war, dass V. bei der Autopsie im Inneren der Knochen verschiedene Erscheinungen vorfand, die zur Rhachitis gehören, und die V. schon vor langen Jahren als maassgebend hingestellt hat. So hatte er betont, dass bei der Rhachitis

Digitized by Google

zunächst nur die wachsenden Teile des Knochens beteiligt sind dadurch, dass ein neues Wachstum beginnt und sich jene eigentümlichen Zonen an den Epiphysenknorpeln bilden, die man geradezu als „rhachitische" bezeichnen kann. Eine solche Zone erreicht zuweilen eine ungewöhnliche Dicke und zeichnet sich durch ein bläuliches, durchscheinendes, in hohen Graden der Krankheit zuweilen gallertartiges Aussehen aus. Sie liegt hart an der Grenze gegen den eigentlichen Knochen, besteht aber durchweg aus gewucherter Knorpelsubstanz. Diese unterscheidet sich von gewöhnlichem Knorpel durch ihren grosszelligen Bau und die geringe Entwickelung der Intercellularsubstanz; man kann ihr Verhalten als eine Art von Blasenzustand bezeichnen. Sie bietet daher eine geringe Stütze für den Körper und verschiebt sich leicht, am häufigsten so, dass sie an den Gelenkenden immermehr in die Breite gedrückt wird, woraus der „Zwiewuchs" resultiert. Von dieser Zone nun trennen sich zuweilen ganze Stücke gewucherter Knorpelsubstanz ab und gelangen in den Knochen hinein, wo sie rundliche Inseln bilden, die mit spongiöser Knochensubstanz oder mit Mark umgeben sind. Aus solchen Teilstücken der alten Knorpelsubstanz entwickeln sich bisweilen Geschwülste, die sich gelegentlich auch zu Cysten umbilden, „Knochencysten", freilich erst im höheren Lebensalter, sodass man auch im obigen Falle solche nicht fand. Wohl aber stiess man auf jene „Inseln", die namentlich am unteren Ende der Tibia ausgezeichnet sichtbar sind. Diese Ablösung der Inseln ist keine mechanische Abtrennung, keine Continuitätstrennung durch äussere Gewalt, sondern ein Teil der rhachitischen Zone ossificiert, der andere persistiert im Zustande einfacher Wucherung und wird allmählich von jenem separiert. Das sieht man an der Tibia deutlich, während an den anderen Knochen die Wucherungsstellen sich über die ganze Breite der Epiphyse erstrecken. Daran schliesst sich noch ein weiteres Stadium, wie es bei Rhachitis häufig auftritt, jene von Guérin beschriebene spongioide Umbildung, wobei statt gewöhnlicher Spongiosa eine schwammige, feinporöse Knochenmasse entsteht, die nur wenig Mark enthält. Diese spongioide Schicht ist meist sehr unregelmässig oder mehr heerdweise entwickelt. Ihre Entstehung hat mit „Erweichung" nichts zu thun, das Einzige, wodurch sie sich dieser nähert, ist, dass die Ossifikation dieser Schicht sehr träge und spät eintritt, und dass die spongioiden Teile längere Zeit eine grosse Nachgiebigkeit, eine geringere Festigkeit besitzen, als gewöhnlicher Knochen. Aber das ist kein Erweichen, sondern Mangel an Festwerden.

V. hat ferner bewiesen, dass die Abweichungen, welche viele rhachitische Knochen in der Continuität des Schaftes der Röhrenknochen zeigen, nicht auf Erweichung beruhen, sondern auf Infractionen oder Fracturen. Ein ausgezeichnetes Beispiel bietet die Tibia des Knaben, wo eine deutliche Infraction mit nachfolgendem Callus internus dicht unter dem Epiphysenende liegt. Der Fall zeigt also eine Reihe von Einzelveränderungen neben einander in demselben Knochen, was sehr selten ist.

Endlich fand V. schon früher, dass an gewissen Knochen bei Rhachitis auch Neubildungsprocesse aus dem Periost stattfinden, welche ungefähr nach demselben Schema, wie die Knorpelwucherungen, verlaufen, indem sie nämlich immer neue Schichten von

Digitized by Google

junger Substanz bilden, natürlich nicht an den Enden der Knochen, sondern an der Oberfläche derselben. Dadurch entsteht eine Verdickung des Knochens, die aber auch nicht aus festem Knochengewebe zu bestehen pflegt, sondern die anfangs weich ist und erst später fest wird, sodass man an ihr ein erstes weiches Stadium, und später, zuweilen erst nach Decennien, ein sclerotisches unterscheiden kann. Dieser Vorgang ist nicht an allen Knochen gleich ausgebildet, sondern es giebt einen Principalplatz dafür, die Schädelknochen, besonders das Schädeldach, gelegentlich auch Knochen der Schädelbasis, des Gesichts u. s. w. Aber der Hauptsitz ist das Schädeldach, Stirnbein und Scheitelbein, und da wieder die nächste Nähe der Nähte. Auf diese Weise entstehen ausgedehnte, dachziegelartige, über einander geschichtete Lagen von Osteophyt; je mehr dieses wächst, um so mehr verdickt sich der Knochen. Der Gegensatz dazu wäre die Craniotabes am Occiput, wo sich das Knochenblatt innerlich, durch progressive Resorption verdünnt. Gleichzeitig aber pflegt hier auch neues Osteophyt zu enstehen, wobei die Wucherung freilich wesentlich äusserlich ist. Diese periostale Wucherung kommt auch ohne Craniotabes vor; dann sieht man äusserlich am Schädel nur Verdickungen, zuweilen wirkliche Anschwellungen, am häufigsten parietale. Gelegentlich kommt, freilich als Casus rarissimus, vollkommene Synostose vor. Im weiteren Fortgange werden diese Kinder endlich sclerotisch. Auch der Schädel jenes Knaben zeigt diese parietale Hyperostose in besonderer Stärke. Das Schädeldach besitzt an einzelnen Stellen auf dem Durchschnitt eine Dicke bis zu 2 cm. Diese Verdickung ist verbunden mit einer beträchtlichen Verkleinerung des Schädelraums, da nicht bloss aussen, sondern auch innen eine Verdickung eingetreten ist. Die letztere ist aber nicht einfach, sondern begleitet von einem Hydrocephalus ventricularis, der die Zwischenwand bis auf ein Minimum zerstört hat. Der Hydrocephalus hat sich nach verschiedenen Seiten hin ausgedehnt; an einigen Punkten ist die Hirnsubstanz stehen geblieben; am auffälligsten ist der Widerstand der grossen Ganglien (Corpus striatum, Thalamus). Das Cerebellum hat an dem Hydrocephalus nicht teilgenommen, es tritt unter dem verkleinerten Gehirn nach hinten weit vor. An den Grosshirnhemisphären sind weitere Aenderungen vorhanden, indem sich eine multiple chron. Encephalitis mit Schrumpfung und Sclerose ausgebildet hat. Sie nimmt hauptsächlich die Stelle ein, die aussen der Schläfenregion entspricht. Es ist dies eine Stelle, die auch sonst ein häufiger Sitz für frühzeitige Veränderungen, namentlich für temporale Synostosen ist. Sie entspricht der Gegend, wo die Arteria meningea ihre Ausstrahlungen macht. Daraus erklärt sich die starke Beteiligung der Hirnrinde, welche hier durch extreme Verkleinerung ganzer Windungsabschnitte ausgeprägt ist.

Angesichts der grossen Ausdehnung rhachitischer Störungen kann man nicht zweifeln, dass hier Rhachitis vorliegt. Von Osteomalacie ist nicht die Rede, es handelt sich um echte Rhachitis, wenngleich der Fall besonders compliciert ist durch die Gehirnaffection, die nicht blos gleichzeitig, sondern wahrscheinlich in einem gewissen genetischen Zusammenhang damit entwickelt ist. Bei der genaueren Untersuchung hat sich auch für diese Verhältnisse ein spe-

Digitized by Google

ciellerer Grund gefunden, eine alte Thrombose der Hirnsinus, die den Sinus transversus und longitudinalis betroffen und grössere Seitencanäle ganz unwegsam gemacht hat. Diese Obstruction ist wohl als Causalitätsmoment für die peripherische Hirnatrophie aufzufassen. Letztere mag aber auch auf eine rhachitische Primärstörung der Knochen zurückgeführt werden.

An den übrigen Organen des Körpers bestanden vielfache tuberculöse Veränderungen, die einer allgemeinen Phthise entsprachen: nicht blos ulceröse Höhlen in den Lungen, sondern auch ein tiefgreifendes Geschwür am Stimmband und vereinzelte Tuberkeleruptionen am Peritoneum. Wer geneigt ist, Scrophulose und Rhachitis auf denselben Grundgedanken zurückzuführen, findet hier ein bequemes Beispiel.

Wann beginnen nun derartige Processe und wieweit datieren sie zurück? Es giebt eine Rhachitis congenita mit Verkümmerung und Verkrümmung der Extremitäten, „mongoloidem" Gesicht u. s. w. Es ist das aber eigentlich nicht Rhachitis, sondern ein anderer Process, wie z. B. Dysatrophie der Knorpel, die aber immerhin die ersten Angriffe auf die Knochen andeuten kann. Zugleich giebt es auch häufig Anomalien der Kopf- und Gehirnbildung, die mit Hydrocephalus intern. verbunden sein können. Wenn in solchen Fällen Verkrümmungen der Extremitäten vorkommen, so gehören sie einer anderen Kategorie an, als die rhachitischen; es sind Anomalien in der Ossifikation der Diaphysen, und sie pflegen dann nicht mit denen im übrigen festen Knochen continuierlich zusammenzuhängen. Der obige Fall gehört aber zur extrauterinen Rhachitis der kleinen Kinder, zur Rhachitis infantum.

---

87) **Hansemann.** Ueber Rhachitis und Mikrocephalie bei 2 Geschwistern.

(Ibidem.)

Im Anschluss an die Ausführungen Virchow's hält H. in gleicher Sitzung einen Vortrag über dies Thema.

Es handelt sich um 2 Schwestern, 1 Jahr 5 Monate resp. 2 Jahre 6 Monate alt, die septisch zu Grunde gingen infolge einer necrotisierenden Entzündung der Vulva. Die Rhachitis war ausser an den Epiphysenknorpeln in der selteneren Form der periostalen Wucherungen aufgetreten, besonders am Schädel entwickelt, bei dem grösseren Kinde an den übrigen Skelettknochen der Extremitäten, den Rippen, aber auch demBecken, der Scapula u. s. w. Die Mikrocephalie ist eine sehr typische, sodass der Gehirnmantel im Verhältnis zum Stamm sehr wenig entwickelt ist; besonders im Gebiete des Stirn-, Parietal- und Hinterhauptlappens tritt diese mangelhafte Ausbildung hervor, während Opisculum und Schläfenlappen leidlich gross, aber wenig gegliedert erscheinen. Man könnte vermuten, dass die starke Verdickung des Schädels, die zu einer fast vollständigen Synostose geführt hat, die Ursache der Mikrocephalie sei. Aus der genaueren Betrachtung aber ergiebt sich, dass die beiden Zustände nicht zusammengehören, sondern eine zufällige Combination zweier Krankheitsformen bei demselben Individuum sind.


Digitized by Google

Diskussion: Stöltzner möchte noch etwas erörtern über die Frage, wie früh die Rhachitis beginnen könne und ob es eine angeborene Rhachitis gäbe. S. hat im Laufe der letzten 2 Jahre 32 sehr junge Kinder histologisch auf Rhachitis untersucht, nicht ausgesuchte, sondern wie sie gerade zur Section kamen. Von diesen 32 Kindern standen 22 im 1. Lebensjahre, 8 im 2., 2 im 3. Jahre. Die 10 Kinder, welche älter als 1 Jahr waren, erwiesen sich mit einer einzigen Ausnahme alle als rhachitisch. Die anderen möchte S. einteilen in Kinder bis 2 Monaten und in solche von 2—12 Monaten; von letzteren (10) waren 9 rhachitisch (und zwar 6 hochgradig), 1 syphilitisch; von den 12 noch nicht 2 Monate alten Kindern waren nur 7 rhachitisch (alle in sehr geringem Grade), von den 5 nichtrhachitischen 4 syphilitisch 1 normal (auch von den 7 rhachitischen waren 5 noch syphilitisch). Das jüngste Kind mit Rhachitis war 4 Wochen alt. Von einem Kinde im Alter von 1 Monat mit deutlicher, wenn auch geringer Rhachitis demonstriert S. 2 Präparate: bei dem einen (Querschnitt der Rippe) sieht man die Verbreiterung des Periosts und das Vorhandensein von ostoider Substanz, bei dem anderen (Längsschnitt durch die Knorpelknochengrenze derselben Rippe) erkennt man die Verbreiterung der Wucherungsschicht, die Mangelhaftigkeit der provisorischen Knorpelverkalkung, die Unregelmässigkeit der Knorpelknochengrenze und ebenfalls osteoides Gewebe. Die Resultate stimmen mit denen Hansemann's gut überein. Auch S. muss behaupten, dass die Rhachitis in sehr frühem Säuglingsalter auch bei sorgfältigster histologischer Untersuchung relativ selten gefunden wird. Rhachitis beim Neugeborenen kommt vor, aber recht selten und geringfügig; dass Kinder schon mit groben rhachitischen Verunstaltungen, Auftreibungen der Epiphysen, Infractionen etc. auf die Welt kämen, verneint S. entschieden. Was man so fötale Rhachitis nennt, ist keine Rhachitis, das ist fötaler Cretinismus. Einen solchen Fall hat S. anatomisch untersuchen können und demonstriert ein Präparat; man sieht da keine Verbreiterung der Knorpelwucherungsschicht, sondern im Gegenteil eine Verkümmerung, ja ein fast vollständiges Fehlen der Knorpelzellsäulen, ferner ist das eigentliche Knochengewebe histologisch vollkommen normal. „Fötale Rhachitis“ ist durchaus als Cretinismus aufzufassen. Dafür spricht, dass in beiden Fällen die gleiche Störung des Knochenwachstums besteht, indem das Längenwachstum der langen Röhrenknochen wegen der mangelhaften oder fehlenden Säulenbildung nur mangelhaft oder gar nicht stattfindet, dafür sprechen die Versuche Hofmeister's, der bei sehr jungen Tieren, denen er die Schilddrüse exstirpierte, eine Skeletterkrankung eintreten sah, die derjenigen bei der fötalen Rhachitis durchaus gleicht, eine Bestätigung der unzweifelhaft nahen Beziehungen zwischen Cretinismus und Schilddrüse, dafür spricht, dass auch an den Weichteilen bei der sog. fötalen Rhachitis dieselben pathologischen Zustände angetroffen werden, wie beim Cretinismus, vor allem eine übermässige Entwickelung des Unterhautfettgewebes, sowie häufig eine Struma. Schliesslich kommt noch sehr in Betracht, dass chronologisch, in Bezug auf den Beginn der Erkrankung, alle Uebergänge vorkommen zwischen der sog. fötalen Rhachitis und dem sporadischen Cretinismus; die meisten der Individuen kommen mit der vollentwickelten Krankheit auf die Welt und sind entweder bei der Geburt schon tot oder sterben doch sehr bald; andere bringen die entwickelte Krankheit ebenfalls bei der Geburt schon mit, leben dann aber unter Umständen noch Jahre lang; bei noch Anderen ist die Krankheit bei der Geburt noch sehr mässig, verschlimmert sich dann aber in den ersten Monaten und Jahren; wieder andere werden anscheinend ganz normal geboren, und erst im extrauterinen Leben beginnt der Cretinismus sich zu entwickeln. An diese Fälle reihen sich ohne Zwang die Fälle von Myxödem in jugendlichem Alter an, und an diese wieder die von Myxödem in späterem Alter, sodass also von letzterer zurück bis zur fötalen Rhachitis eine geschlossene Reihe sich ergiebt. Wie man bereits statt „sporadischer Cretinismus“ vielfach „infantiles Myxödem“ sagt, will S. für „fötale Rhachitis“ die Bezeichnung „fötales Myxödem“. Um die Unterschiede im anatomischen Verhalten zwischen dem totalen Myxödem und der echten Rhachitis recht deutlich zu machen, demonstriert S. noch 2 Präparate von hochgradig rhachitischen Kindern: Bei dem einen (Querschnitt durch eine Rippe) ist die Rhachitis so hochgradig, dass auch die eigentliche Corticalis zum grossen Teil aus osteoidem Gewebe besteht. Bei dem anderen ist deutlich die „spongioide“ Schicht zu erkennen, und man sieht zugleich daran, weshalb man diese Schicht nur in hochgradigen Fällen von Rhachitis findet; die ganze Schicht besteht aus osteoidem, während der Krankheit neugebildetem Gewebe, und kann diese Schicht einige Dicke eben nur dann erreichen, wenn

Digitized by Google

die Rhachitis bereits seit längerer Zeit besteht. — Heubner lässt sich über die klinische Beobachtung des Virchow'schen Falles aus, die freilich nur sehr kurz war, indem das Kind der Agone nahe war, die Mutter brachte aber noch schätzenswerte Angaben über die nervösen Functionsstörungen, die das Kind dargeboten hat und dargeboten haben muss, wie aus dem Gehirnpräparat hervorging. Das 4jähr., aus gesunder Familie stammende Kind litt bereits vom 6. Lebenstage ab an Krämpfen und behielt solche während des ganzen Lebens fast alltäglich. Es nahm geistig fast nicht zu, blieb von den ersten Lebenstagen an stumpf und teilnahmlos, weshalb es gegen Ende des 1. Jahres zu einem Augenarzte gebracht wurde. Dieser constatierte Blindheit aus nervöser Ursache. Da H. am letzten Lebenstage noch eine ganz prompte Reaction der Pupillen nachweisen konnte, auch an dem Präparat die Optici vollständig weiss und in normaler Fülle sich darstellten, muss es sich in der That um eine vom Gehirn ausgehende Blindheit gehandelt haben. Im 2. Jahre bekam das Kind dann rechtsseitigen Ohrenfluss, der sich allmählich so hochgradig verschlimmerte, dass es in der letzten Zeit zu schwerer Caries des Felsenbeins mit stark stinkender Secretion kam (daher wahrscheinlich die Thrombose des Sinus lateralis und teilweise des Sinus longitudinalis. Während das linke Ohr äusserlich gesund war, konnte auch hier das Vorhandensein von Gehörsempfindungen in der letzten Lebenszeit nicht nachgewiesen werden. Lähmungen dagegen fehlten höchstwahrscheinlich; freilich wären sie schwer wahrzunehmen gewesen, da das Kind eigentlich fortwährend stumpf dahinbrütend, fast bewegungslos dagesessen haben soll; jedenfalls aber waren spastische Lähmungen nicht vorhanden. H. zeigt eine Photographie einer Hirnhemisphäre des Kindes vor, an der man sieht, dass die Schrumpfung, die Entartung der ziemlich reichlich vorhandenen Windungen zu kleinen schmalen dünnen Zügen, hauptsächlich die hintere Hälfte der Grosshirnhemisphäre betrifft. Allerdings ist das Stirnhirn auch schlecht entwickelt. Man sieht da freilich sogar zahlreich, aber doch durchweg schmal und elend entwickelte Windungen. An der hinteren Hirnhälfte sind die Windungen aber in allen Beziehungen stark reduciert und sehr dünn. Diese Atrophie schliesst die hintere Centralwindung und die hintere Hälfte des Schläfelappens noch mit ein, dagegen ist die vordere Centralwindung gut erhalten, und zwar nicht blos an der Peripherie, sondern auch im Inneren, einschliesslich der weissen Substanz. Bei den meisten Fällen von sog. partieller Hirnsclerose oder partieller Atrophie, wie hier vorliegt, ist dagegen gerade die Gegend der Centralwindungen am meisten afficiert, sodass der Fall geradezu das Spiegelbild des gewöhnlichen Verhaltens darstellt. Hier sind es die Grosshirnteile, wo wir die centrale Verbreitung des Gesichts- und Gehörsinnes zu suchen haben, ebenso wie das grosse seitliche Associationscentrum degeneriert, und die klinischen Erscheinungen stimmten dabei überein (Blindheit, Taubheit). H. möchte fast glauben, dass es sich um den Beginn der Erkrankung im frühesten Kindesalter handelt dass auch der Hydrocephalus hier nicht sowohl das Primäre gewesen ist, als secundär zu jener weit ausgedehnten Erkrankung des Grosshirns, die schon Virchow als encephalitisch bezeichnet hat. Anders die Fälle Hansemann's. Handelte es sich im Virchow'schen um ein Gehirn, welches ursprünglich in normaler Weise entwickelt war und wahrscheinlich während der letzten Fötalzeit in grosser Ausdehnung erkrankt ist, so gehören letztere zu den seltenen Fällen, wo das Gehirn überhaupt nicht zur vollen Entwickelung kommt, um Aplasie oder Hypoplasie. — Baginsky betont zunächst, dass das, was Virchow hervorhob — nämlich dass die Rhachitis sich an dem wachsenden Knochen markiere, sodass es sich hier um Ausbleiben der Ossifikation, nicht um Resorption und Erweichung schon verknöcherter Massen handele — klinisch durchaus Bestätigung findet. Man kann bei der grössten Mehrzahl der rhachitisch erkrankten Kinder die Beobachtung machen, dass in je jüngerer Lebensperiode der Kinder die Rhachitis einsetzt, desto mehr der Schädel an der rhachitischen Verbildung beteiligt sei; befällt die Rhachitis Kinder nach Abschluss des 1. Lebensjahres oder mehr nach der Mitte oder dem Ende des 2. Jahres, so bleibt der Schädel von der rhachitischen Verbildung frei, auch die schon gebildeten Zähne bleiben intakt, desto ausgiebiger sind aber neben dem Thorax ganz besonders die Extremitäten afficiert. B. hat schon früher erklärt, dass „jedesmal derjenige Teil des Skelettes am intensivsten angegriffen wird, welcher sich zur Zeit des Eintritts des rhachitischen Processes in raschestem Wachstum befindet“. B. hat durch Messungen festgestellt, dass im 1. Lebensjahre der Kopf um das 10—12fache mehr wächst, als im 5. Jahre, um das 3fache

Digitized by Google

mehr, als im 2. Jahre. Was ferner die congenitale Rhachitis anbelangt, so ist auch B. der Ansicht, dass sie durchaus keine häufige Erscheinung ist, dass aber ihre Beziehung zu den cretinoiden Bildungen deutlich hervortritt, wenn auch der Zusammenhang noch nicht eindeutig klar ist. Zur weiteren Klärung der von Hansemann angeregten Frage über Zusammenhang schwerer rhachitischer Skelettverbildung mit Mikrocephalie hat B. das Skelett eines 9 Monate alten Kindes mitgebracht, welches bei den allerschwersten rhachitischen Verbildungen, Infractionen und Abknickungen der Knochen bei ausgedehnter Schwellung der Epiphysen, einen relativ grossen Schädel mit weiter Fontanelle und Suturen zeigt. Thatsächlich ist dies das gewöhnliche Verhältnis am rhachitischen Schädel; ja es kommt vielfach zu mächtigen Auftreibungen mit Ansammlung hydrocephalischer Flüssigkeit in den Hirnhöhlen. Das frühzeitige Verwachsen der Suturen und der vorzeitige Schluss der Fontanelle ist ein im Ganzen seltenes Vorkommen, das freilich B. auch an einem Präparat zu demonstrieren in der Lage ist. Man erkennt hier den vollkommenen Verschluss der Suturen und gleichzeitig damit das, was Virchow als „Usur" der Knochen des Schädels bezeichnete, an mehreren Stellen Defecte im Knochen, die augenscheinlich vom Inneren heraus vorgedrungen, dasjenige zeigen, was man als „Erweichung des Schädelknochens" bezeichnet, sodass die Schädelkapsel an den usurierten Stellen völlig durchscheinend, wenn auch nicht gänzlich weich ist. So kann also auch vorzeitiger Verschluss der Fontanellen und Suturen neben anormaler Usur des Knochens, also beides nebeneinander bestehen. Man hat aber sicher in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle von Rhachitis weit eher den Eindruck, dass der Schädel grösser sei, als der Norm entspricht, wenn das auch nur Täuschung ist. B. hat Messungen angestellt und gefunden, dass der Kopf rhachitischer Kinder in Wirklichkeit hinter der Norm zurückbleibt; die gemessenen Schädel waren aber solche mit weiten Fontanellen und weiten Suturen, sodass der Gedanke, die mikrocephalische Entwickelung in den Hansemann'schen Fällen könne doch mit diesen Verhältnissen in Zusammenhang stehen, durchaus zurückzuweisen ist, und die Ansicht Hansemann's, dass die von ihm demonstrierte Mikrocephalie mit Rhachitis nichts zu thun habe, der Wahrheit entspricht. Auch über acute Rhachitis spricht B. im Anschluss an 2 Fälle, deren Präparate er vorweist. Klinisch zeichnete diese Fälle der hoch fieberhafte Verlauf aus, welcher fast den Charakter einer acuten Infectionskrankheit zeigte und bis zum Tode anhielt. An den Knochen selbst kennzeichnete sich schon während des Lebens eine starke Schwellung und Verdickung des Epiphysen neben den epiphysären Auftreibungen, ferner die exquisite Schmerzhaftigkeit bei Berührung. Sehr überraschend war dann die anatomische Untersuchung, die wenigstens bei dem einen Falle neben ganz ausserordentlicher epiphysärer Knorpelwucherung eine so kolossale Auflagerung dicker periostaler osteogener oder eigentlich fibröser Gewebsschichten zeigte, dass dadurch die Verdickung des Epiphysen bedingt wurde. Man sieht, wie die dicken fibrösen Gewebsmassen bis zur Markhöhle vordringen und dieselbe gleichsam verlagern. Der Knochen ist dadurch gänzlich biegsam geworden, und man könnte an Osteomalacie denken, wenn nicht alles auf exquisite Rhachitis hinweisen würde. Auch mit Barlow'scher Krankheit hat die Sache absolut nichts zu thun, da die hier charakteristischen subperiostalen hämorrhagischen Schichten, die den an sich festen Knochen umgeben, gänzlich verschieden sind von dem oben geschilderten Befunde. — Auch L. Bernhard lässt sich über fötale Rhachitis aus unter Demonstration eines eigenen Falles. 9jähriges Kind, am normalen Ende der Schwangerschaft geboren. Die Geburt war schwierig und verlief in Steisslage. Die Eltern und die einzige Schwester sind gesund. Gleich nach der Geburt fiel den Eltern das eigentümliche Aussehen des Kindes auf. Der Kopf war unförmig gross, die Nase kaum angedeutet, die Kiefer vorstehend, die Extremitäten ausserordentlich kurz und die Weichteile auf denselben in dicken Wülsten und Falten liegend. Trotz dieser fehlerhaften Knochenbildung bekam es schon in der 11. Lebenswoche den 1., in der 12. Lebenswoche den 2. Zahn, und auch sonst nahm die Dentition ihren normalen Verlauf. Dagegen schloss sich die grosse Fontanelle, die ausserordentlich weit war, erst im 3. Lebensjahre, und erst zwischen dem 2. und 3. Lebensjahre lernte das Kind sprechen und laufen. Am Ende des 3. Jahres fiel das Kind, angeblich bei vollem Bewusstsein, nieder und war, als man es aufhob, auf der linken Seite gelähmt. Die Lähmungserscheinungen sollen erst nach einem halben Jahre allmählich zurückgegangen sein. Da begann das Kind wieder Gehversuche zu machen und mit den Händen nach Gegenständen zu greifen. Noch

Digitized by Google

ietzt bestehen Zeichen der Lähmung an der linken Seite. Die Intelligenz des Kindes ist gut entwickelt, zumal wenn man bedenkt, dass es bisher keinen regelrechten Unterricht erhalten hat. Wenn man das Kind näher betrachtet, so sieht man einen voluminösen Schädel; die Gegend der grossen Fontanelle ist ausserordentlich vorgewölbt und sehr stark verknöchert, die Augen liegen tief, ebenso die Nasenwurzeln; die Kiefer sind stark vortretend, die Zähne schön weiss und gut entwickelt; am Rumpfe fehlt bis auf eine einzige Rippe die Andeutung eines Rosenkranzes; die Extremitäten zeigen keine Epiphysenschwellungen, dagegen sind sie sehr kurz und unverhältnismässig dick; man sieht auch jetzt noch, dass die Muskulatur wulstig und für die kurze Extremität zu voluminös und zu lang ist; die Extremitätenknochen sind — was angeboren gewesen ist — gebogen und verkrüppelt, und am proximalen Ende beider Tibien fühlt man je eine ca. $1^1/_2$ cm hohe, den Knochen breit aufsitzende Exostose; es fällt ausserdem eine sehr erhebliche Lordose der Wirbelsäule auf, wahrscheinlich die Folge des mangelhaften Gehens und des Bemühens, das Körpergleichgewicht herzustellen; auch an den Schlüsselbeinen und den Schulterblättern finden sich Veränderungen. Dass es sich hier um fötale Rhachitis handelt, geht daraus hervor, dass die Knochenveränderungen angeboren waren; das ist ferner aus dem cretinoiden Habitus des Gesichts ersichtlich, sowie aus der ausserordentlichen Verkürzung der Extremitätenknochen und aus dem Mangel deutlicher rhachitischer Veränderungen. Es handelt sich bei dem Process im Wesentlichen um eine Störung der endochondralen Ossifikation. Die Knorpelzellen wuchern zwar, bilden aber keine Zellenreihen. Infolgedessen findet die Verknöcherung nur mangelhaft und in unregelmässiger Weise statt. Ausserdem findet man Erweichungsheerde im wuchernden Knorpel. In hochgradigen Fällen wächst vom Periost ein Bindegewebsstrang zwischen Epiphyse und Diaphyse, wodurch dann schliesslich eine völlige Trennung der beiden Knochenhäute von einander stattfindet. Wo das Bindegewebe in den Knorpel einwächst, geht derselbe zu Grunde und wird vom Bindegewebe substituirt. Kaufmann hat den Process „Chondrodystrophie", Marchand „Mikromelia chondromalacia" genannt. Aber nicht nur an den Diarthrosen, sondern auch an den Syndesmosen, Synarthrosen und an den Synchondrosen können Verknöcherungsstörungen auftreten. Unter den Synchondrosen kommen besonders in Betracht die zwischen vorderem und hinterem Keilbeinkörper und die zwischen hinterem Keilbeinkörper und Pars basilaris des Hinterhauptes gelegenen. Diese sind deshalb so wichtig, weil durch ihre zu frühe Verknöcherung eine Verkürzung der Schädelbasis und hierdurch das Tieferliegen der Nasenwurzel bedingt ist. Nachdem man erkannt hat, dass diese sog. fötale Rhachitis mit der Rhachitis als solcher nichts zu thun hat, ist man in den Fehler verfallen, überhaupt eine fötale Rhachitis zu leugnen. B. hält das deshalb nicht für richtig, weil erstens eine fötale Rhachitis histologisch nachgewiesen worden ist, zweitens deswegen, weil es eben eine congenitale Rhachitis giebt! Giebt man aber diese zu, so ist es selbstverständlich, dass fötale Formen zugegeben werden müssen. Ueber congenitale Rhachitis liegt eine grosse Reihe von Berichten (Schwarz, Kassowitz, Quisling, Feer u. A.) vor. Schwer ist es allerdings, in jedem Falle klinisch die congenitale Rhachitis festzustellen. Mässige Schwellungen der Epiphysen scheinen nicht auszureichen, um die Diagnose zu stützen, denn Nauwerk hat in 2 derartigen Fällen bei genauerer histologischer Untersuchung keine Spur von Rhachitis gefunden. Dagegen glaubt B. bei Erweichungen des Hinterhauptes, bei Erweichungen der Knochenränder der Fontanellen und erheblicheren Schwellungen der Rippenepiphysen, eine congenitale Rhachitis annehmen zu müssen; solche Fälle hat er beobachtet. — Auch Joachimsthal demonstriert einen Fall von sog. fötaler Rhachitis, für den er aber, im Gegensatz zu Bernard, den Nachweis führen zu können glaubt, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die mit der eigentlichen Rhachitis absolut nichts zu thun hat, die man also im Sinne von Kaufmann als „Chondrodystrophia foetalis" bezeichnen muss. Von der jetzt 11jährigen Patientin erfahren wir anammestisch, dass schon bei ihrer Geburt ein auffallendes Missverhältniss zwischen der normalen Länge des Kopfes und Rumpfes einerseits und der abnormen Kürze der Extremitäten andererseits bemerkbar wurde, wie sich dies auch in den späteren Jahren erhalten hat. Die Körperlänge hat bis zum 3. Lebensjahr noch zugenommen und sich von dieser Zeit an ungefähr auf demselben Niveau erhalten. Die geistigen Fähigkeiten sind stets so ausgezeichnete gewesen, dass sich die Kleine in der Schule immer besonders hervorthat. Als J. sie Januar 1898 zum 1. Mal sah, war sie 83 cm, also etwa wie ein

Digitized by Google

$2^1/_2$jähriges Kind, lang; nur der reifere Ausdruck des Gesichts, dem, wie man auch jetzt sieht, jede Spur eines cretinistischen Charakters, namentlich eine Einziehung der Nasenwurzel fehlt, erinnerte an das wirkliche Alter. Das gestörte Ebenmaass zwischen Stamm und Gliedern fand darin seinen Ausdruck, dass die Spitzen der Finger in aufrechter Stellung bei herabhängenden Armen, statt, wie unter gewöhnlichen Verhältnissen bis über die Mitte der Oberschenkel hinaus, hier kaum bis zu den Trochanteren hinabreichten, sowie dass weiterhin der Nabel nicht mehr der Mitte des Körpers entsprach, sondern sich bis zur Grenze des unteren Körperdrittels nach abwärts verschoben erwies. Das Becken hatte, offenbar, um auf dem kurzen Untergestell dem langen Rumpf eine bessere Stütze zu gewähren, eine vermehrte Neigung angenommen, die wiederum zu der hochgradigen Lendenlordose geführt hatte, die alle diese Fälle gemeinsam haben. Sämtliche Epiphysen erschienen in ähnlicher Weise, wie bei hochgradiger Rhachitis, stark aufgetrieben; ebenso erinnerten Einziehungen an den vorderen unteren Rippengegenden und rosenkranzartige Verdickungen an der Grenze der Rippenknorpel an das gewöhnliche Bild der Rhachitis. Durch starke Verkrümmungen beider Unterschenkel war ein doppelseitiges Genu varum bedingt, welches seinerseits den Gang watschelnd und schwerfällig gestaltete. Am Becken ergeben sich folgende Maasse: Diam. spin. 16, Diam. crist. $16^3/_4$—17, Trochanteren 19, Conjug. ext. 10. Die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen hatte folgendes Ergebnis: Am Humerus sowohl wie am Radius und der Ulna, deren Dicke gegenüber der auffallenden Kürze eigentümlich contrastiert, finden sich bisher nur die Diaphysen verknöchert, an Stelle der Epiphysen bestehen auffallend breite helle Zonen, offenbar übermässig gewucherten Knorpelmassen entsprechend. Dabei zeigen die proximalen und distalen Enden der Diaphysen eine durchaus von dem normalen Bilde abweichende Gestalt, in der Mitte eigentümlich verschwommen erscheinende Vorwölbungen, am oberen Humerus kugeliger, am unteren Radiusende trapezförmiger Natur mit sehr spitz zulaufenden Seitenteilen. In der 1. Handwurzelreihe finden sich 2 offenbar dem Os naviculare und Os triquetrum entsprechende, äusserst einzige Kerne von 3eckiger Gestalt, in der 2. Reihe schon Kerne sämtlicher Knochen; indes besitzen diejenigen des Os multangulum majus und minus nur Stecknadelkopfgrösse, während Os capitatum und hamatum bereits wesentlich mehr verknöchert sind. Weite Zwischenräume, offenbar mit Knorpel ausgefüllt, trennen die winzelnen Knochen von einander. An der Mittelhand und den Fingergliedern constatiert man wieder dasselbe wie am Ober- und Unterarm: Fehlen der Epiphysenkerne, unregelmässig gestaltete Diaphysenenden, an den distalen Abschnitten der Metacarpalknochen und den proximalen der Phalangen median gelegene, in die weiten die einzelnen Glieder trennenden Knorpelmassen sich erstreckende, rundliche Vorwölbungen. Das übrige Skelett entspricht ganz demjenigen, was die obere Extremität zeigt. Man erkennt z. B. ausgedehnte knorplige Massen zwischen den einzelnen Wirbelkernen. An den beiden Enden der Ober- und Unterschenkelknochen ersetzen breite knorplige Massen die epiphysären Teile, in welche die am unteren Femurende wieder exquisit trapezförmig gestalteten diaphysären Teile hineinragen. Die Patella markiert sich wunderbarerweise schon deutlich. Am Becken sind namentlich Os ischii und pubis durch weite Lücken getrennt. Die Pfannengegenden erscheinen stark nach innen vorgetrieben. Zur Beseitigung der Genua vara vollführte J. Ende Februar 1898 beiderseits die lineäre Osteotomie der Tibia an der Grenze des oberen und mittleren Unterschenkeldrittels. Durch dieselbe wurde nicht nur eine vollkommene Geradestellung beider Beine, sondern damit auch eine Verlängerung um $2^1/_2$ cm erzielt. Abgesehen von dieser rein auf Rechnung der Operation entfallenden Zunahme der Körpergrösse ist in der Zeit, während welcher J. das Kind beobachtete, eine Längenzunahme nicht eingetreten. Die vor kurzem wiederholten Röntgenaufnahmen ergaben annähernd dieselben Verhältnisse und Dimensionen an den einzelnen Knochen, wie früher. Fasst man die Ergebnisse der klinischen Untersuchung wie der Durchleuchtung zusammen, so ergeben sich hier recht beträchtliche Unterschiede einmal gegenüber dem Bilde der gewöhnlichen Rhachitis und weiter auch gegenüber der cretinistischen Erkrankung. J. erinnert namentlich an die eigentümliche Form des Körpers, an das beträchtliche Zurückbleiben im Wachstum, wie dieses im Verlaufe der Rhachitis niemals vorkommt, weiterhin an die besprochenen eigentümlichen Veränderungen an den Epiphysen, bestehend in starker Wucherung der Knorpelmassen, einem fast vollständigen Fehlen von Ossifikationskernen und der erwähnten Gestaltsveränderung an den diaphysären Enden, die er in in Uebereinstimmung mit den anatomischen Befunden als bedingt durch ein Einwachsen des Periosts zwischen den Epiphysenknorpel und das spongiöse

Digitized by Google

Gewebe ansieht; können doch die zwischen die genannten Teile sich einschiebenden Bindegewebslagen selbst eine vollkommene Trennung des Epiphysenknorpels von der Diaphyse herbeiführen. Noch auffallender sind die Unterschiede gegenüber dem Cretinismus. Pat. besitzt vollkommen gesunde geistige Organe; es zeigt regelmässige Kopfform, die Schilddrüse ist ebenfalls in normaler Grösse fühlbar u. s. w. J. glaubt daher gegenüber Bernhard und Stöltzner den Nachweis erbracht zu haben, dass weder Rhachitis noch Cretinismus mit dem Krankheitsbild etwas zu thun haben, letzteres vielmehr als ein eigenartiges aufzufassen ist. — Hansemann (Schlusswort) constatiert mit Genugthuung, dass im Wesentlichen seine Ansicht, dass es eine erhebliche congenitale Rhachitis nicht giebt, anerkannt worden ist. Mit Stöltzner stimmt H. betreffs des Cretinismus nicht überein, glaubt vielmehr, dass Joachimsthal seinen Fall durchaus zutreffend gedeutet hat, dass es sich also um eine Missbildung sui generis handle. Die Resultate der von Bernhard herangezogenen Autoren sind unrichtig, weil diese falsche Kriterien für die Rhachitis aufstellten; wenn Kassowitz in 89,5%, Schwarz in 80,6%, Feyerabend in 68,9% congenitale Rhachitis fanden, so lag das eben daran, dass sie einen Zustand für Rhachitis hielten, der es factisch nicht ist. H.'s Untersuchungen stimmen vielmehr mit denen von Tschistowitsch vollständig überein, und H. kommt nach Betrachtung zahlreicher Fötus und Neugeborenen zu dem Resultat, dass die angeborene Rhachitis äusserst selten ist und jedenfalls nie in dem hohen Grade angeboren erscheint, in dem sie sich in seinen Fällen darstellte. Virchow (Schlusswort) will noch die Untersuchungen erwähnen, die neuerlich von verschiedenen Seiten (z. B. im Moskauer Findelhause) angestellt wurden, um zu ermitteln, ob Rhachitis bei Neugeborenen und kleineren Kindern häufiger vorkommt oder nicht. V. glaubt, dass eine ganze Reihe von Angaben, die hier gemacht werden, weiter nichts bedeutet, als ein etwas verstärktes Knorpelwachstum, das an sich nichts Ungewöhnliches an sich hat. Jedes Kind wächst, und indem es wächst, bildet es neuen Knorpel. Es giebt also immer an der Epiphysengrenze eine Linie wuchernden Knorpels, die eben mal etwas grösser, mal kleiner ist. Rhachitis entsteht erst, wenn ein Excess dieser Bildung eintritt, woraus erkennbare Folgen für die Function hervorgehen. Man muss annehmen, dass jene Autoren, welche die Rhachitis als ein häufiges Phänomen bei kleinen Kindern, die sonst gesund waren, angenommen haben, durch eine etwas übertriebene Schätzung dieses Knorpelwachstums zu ihrer Annahme gelangt sind.

---

88) **H. Neumann.** Ueber den mongoloiden Typus der Idiotie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 10.)

In der Berliner medicin. Gesellschaft (11. I. u. 1. II. 99) stellte N. einige Kinder vor, die in ihrem Gesichtsausdruck miteinander eine gewisse Aehnlichkeit haben, als ob sie Glieder einer Familie wären. Sie sind aber nur Vertreter eines pathologischen Typus, während sie in ihrer eigenen Familie vereinzelt stehen und keine ähnlichen Geschwister oder Verwandte besitzen. Es handelt sich um eine besondere Form von Missbildung, bei der klinisch der Mangel in der geistigen Entwickelung am wichtigsten ist. In der deutschen Litteratur ist sie nirgends erwähnt. Dies kann sich N. nur zum Teil daraus erklären, dass die Lebensfähigkeit dieser Kinder eine geringe ist (von 13 Kindern, die N. in den letzten 3—4 Jahren sah, leben nur noch 6), da in einer englischen Idiotenanstalt 4—5 % der Insassen diesen Typus hatten, sodass man annehmen muss, dass doch eine nicht ganz verschwindende Zahl dieser Pat. über die erste Kindheit hinauskommt. Die Missbildung selbst aber ist so eigenartig, dass sie mit einer anderen nicht leicht zu verwechseln und unmittelbar nach der Geburt zu erkennen ist; man ist so in der seltenen Lage, schon beim Neugeborenen auf den ersten Blick ein Zurückbleiben in der geistigen Entwickelung voraussagen zu können.

Digitized by Google

Die Engländer bezeichnen diese Form der Idiotie als Mongolen- oder Kalmückentypus. Das mongoloide Aussehen der Kinder wird durch die Eigentümlichkeit der Gesichtsbildung bedingt. Das Gesicht dieser Kinder erscheint wie plattgedrückt, die Nase stumpf, Nasenrücken flach, sehr breit und seitlich durch eine ausgeprägte senkrechte Falte gegen die Augen begrenzt, die Augen (zuweilen auch der Mund) ungewöhnlich klein, schlitzförmig und schiefstehend, sodass die Augenbrauen nach oben und aussen ziehen und der äussere Lidwinkel höher als der innere steht; der Mund ist in der Regel etwas offen, und die dicke Zunge wird häufig oder auch dauernd aus ihm herausgestreckt. Der Schädel ist rundlich und das Hinterhaupt läuft ziemlich parallel der Ebene des Gesichts. Der Umfang des Kopfes bleibt hinter den normalen Maassen mehr oder weniger zurück. Mit dieser Missbildung des Kopfskeletts verbinden sich nicht selten andere Missbildungen. In 7 von N.'s 13 Fällen fanden sich 1 mal Atresia ani, 3 mal Missbildung der Ohren, 3 mal Strabismus, 3 mal Nystagmus und 2 mal angeborene Herzfehler; auf die besondere Häufigkeit der letzteren Missbildung gerade beim mongoloiden Typus der Idiotie wurde schon englischerseits verschiedentlich hingewiesen. Sehr ungewöhnlich und auffallend ist ferner die angeborene Schlaffheit der Gelenke, die in fast allen Fällen von Geburt an besteht und sich auch später — wie N. bei einem $5^1/_2$ jährigen Mädchen demonstriert — erhält; solche Kinder abducieren z. B. ihre Beine ungewöhnlich weit oder legen sie in höchster Beugung des Hüftgelenks flach neben dem Körper, sodass der Fuss hinter die Schulter zu liegen kommt. N. konnte fast alle seine Kinder von den ersten Lebensmonaten an beobachten und so noch manche Momente successive verfolgen. Die Kinder bleiben von Anfang an in geistiger und körperlicher Entwickelung im Rückstand; allmählich kommen sie aber doch geistig fast stets so weit, dass sie nicht gerade die höchsten Grade der Idiotie darbieten. Die Entwickelung der willkürlichen Muskulatur findet mehr oder weniger verspätet statt, sodass nur ausnahmsweise einer von N.'s Pat. schon Ende des 2. Jahres laufen konnte, während die meisten um diese Zeit noch nicht stehen oder noch nicht einmal sitzen konnten. Der Zahndurchbruch fand immer — auch in den Fällen, wo keine stärkere Rhachitis bestand — verspätet und in unregelmässiger Reihenfolge statt. Noch zu erwähnen sind mehrere Besonderheiten der Körperentwickelung, wie sie auch bei anderen Idioten häufig sind: abnorme Verfärbung der Haut, Marmorierung derselben, event. Trocken- und Rauheit, Zurückbleiben im Längenwachstum, Plumpheit von Händen und Füssen, grosser Bauch, die dicke und häufig aus dem Mund gestreckte Zunge.

N. fasst die geschilderte Missbildung des Körpers und Gehirns als Entwicklungshemmung auf, nicht als fötale Erkrankung. Lähmungen, Spasmen waren nie zu finden, wie sie bei angeborenen cerebralen Lähmungen gewöhnlich sind, und auch nach der Geburt hat keines der Kinder eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht. Die Ursachen der Missbildung sind freilich durchaus dunkel. Weder Syphilis, noch chron. Alkoholismus, noch Nervenkrankheit oder Blutsverwandtschaft lassen sich verantwortlich machen, womit in Einklang steht, dass die Missbildung ganz vereinzelt innerhalb einer Reihe gut entwickelter, gesunder Kinder dazustehen pflegt.

Digitized by Google

Infolgedessen sind die Autoren auf die besonderen Verhältnisse der Eltern und im Besonderen der Mutter zur Zeit der Zeugung eingegangen. Jones meint, dass diese Kinder meist die jüngsten in grossen Familien wären oder der Altersunterschied der Eltern gross sei. Letztere Behauptung kann N. für einzelne seiner Fälle sicher zurückweisen, hinsichtlich der Geburtsfolge handelte es sich 4 mal um das erste, 2 mal um das zweite, je 1 mal um das dritte, vierte, sechste und achte, 2 mal um das neunte und 1 mal um das zehnte Kind. Auch der geschwächte Gesundheitszustand der Mutter in der Gravidität infolge herabstimmender Einflüsse war nur sehr vereinzelt nachweisbar. Die Unzulänglichkeit aller dieser Erklärungsversuche documentiert sich schon darin, dass eine Mutter gleichzeitig mit dem männlichen mongoloiden Idioten ein durchaus wohlgebildetes Mädchen zur Welt brachte, das sich auch normal entwickelt.

Was die Unterscheidung des mongoloiden Typus der Idiotie von anderen angeborenen Formen der Idiotie betrifft, so wäre vor allem die sporadische Form des Cretinismus zu berücksichtigen. Die Unterschiede im Aussehen solcher Kinder mit den oben geschilderten springen deutlich in die Augen; so hat N. die myxomatöse Schwellung der Haut beim mongoloiden Typus nie gesehen! Gemeinsam scheint beiden Typen der flache Nasenrücken zu sein, der allerdings beim mongoloiden Idioten durch eine senkrechte Hautfalte nach den Augen zu abgegrenzt wird. Nachdem Virchow gezeigt, dass das Verhalten des Gesichtsskeletts und im Besonderen des Nasenrückens einen Rückschluss auf das Wachstum der Schädelbasis erlaube, und dass beim Cretinismus das Wachstum der letzteren durch eine vorzeitige Synostose zurückzutreten pflege, lag es nahe, bei einem Idioten mit sehr flachem Nasenrücken jedesmal an Cretinismus zu denken. Doch hat es sich nicht nur gezeigt, dass das Wachstum der Schädelbasis selbst beim Cretin auch aus anderen Ursachen zurückbleiben könne, sondern dass auch andererseits die eingezogene Nasenwurzel als solche kein Characteristicum für den Cretinismus ist. Noch weniger kann die Wachstumshemmung, welche sich in gleicher Weise bei den mongoloiden, wie bei den cretinistischen Idioten zu finden pflegt, für eine Verwandtschaft beider Formen verwertet werden. Denn wir wissen, dass der Zwergwuchs unter den verschiedensten Verhältnissen, selbst bei geistig Gesunden zur Beobachtung kommt. Es lässt die genauere Untersuchung der Ossifikation sogar erhebliche Unterschiede bei beiden Formen erkennen. Für den Cretinismus ist es nachgewiesen, dass die Bildung der Epiphysenkerne und der Knochenkerne in den kleinen Knochen bedeutend im Rückstand bleibt. In einem Falle N.'s von sporadischem Cretinismus fehlt z. B. in den Handwurzelknochen noch jede Spur von Verknöcherung, obgleich das Kind schon $1^1/_2$ Jahre alt ist und Ossifikation im Os capitatum und hamatum im 6. Monat nach v. Ranke, im 8.—12. Monat nach Behrendsen erfolgen soll. Daneben zeigt das Röntgenbild eines gleichaltrigen mongoloiden Idioten N.'s, der auch gleich stark im Wachstum zurück ist, die erwähnten beiden Knochenkerne ganz normal, desgleichen bei 2 anderen mongoloiden Idioten. Es ist daher sowohl in der Beschaffenheit der Haut, wie in

Digitized by Google

dem Fortgang der Verknöcherung, von der sonstigen äusseren Erscheinung abgesehen, ein deutlicher Unterschied zwischen der cretinistischen und mongoloiden Idiotie festzustellen. Bei letzterer haben die Engländer auch von Schilddrüsenfütterung keinen therapeutischen Erfolg gesehen, wie er bei angeborener myxomatöser Idiotie und angeborenem Cretinismus meist erzielt wird. Die Unterscheidung aller dieser Zustände von der fötalen Rhachitis ist jetzt leicht; handelt es sich doch bei letzterer nach neueren Untersuchungen um eine Knorpelerkrankung (Chondrodystrophia foetalis hyperplastica), die nicht notwendig mit einem Zurückbleiben der geistigen Entwickelung verknüpft ist.

---

89) **J. de Bary.** Rhachitischer Zwergwuchs, Endocarditis chronica, das Bild infantilen Myxödems vortäuschend.
(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 26 Heft 3/4 1899.)

Vf. liefert einen interessanten Beitrag zu der noch der vollen Aufklärung harrenden Frage, dass hochgradige Wachstumshemmung, cretinenhafter Zustand, myxödematöse Erscheinungen bei Vorhandensein einer völlig normalen Schilddrüse vorkommen und somit dem Myxödem sehr ähnliche Erscheinungen durch andere pathologische Veränderungen bedingt sein können.

Am 2. Mai 1886 geboren, kam das Mädchen am 2. Mai 1898 — also genau 12 Jahre alt — mit der Diagnose „Myxödem“ zur Spitalaufnahme. Diese Diagnose hatte der behandelnde Arzt nicht allein auf Grund langer Beobachtung der vorhandenen Erscheinungen gestellt, sondern auch in Berücksichtigung des Umstandes, dass schon eine 3wöchentliche Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten einen unverkennbaren günstigen Einfluss auf die Beschaffenheit der Haut ausgeübt hatte. — Das Mädchen stammt aus einer Gegend, in welcher Cretinismus nicht vorhanden ist. Die Anamnese ergab: Eltern gesund, blutsverwandt (Vetter und Base); Mutter hatte mehrere Geschwister, deren eines in den ersten Lebensjahren an hochgradigem, frühe schon bemerkbaren Wasserkopf gestorben ist, während die anderen gesund am Leben sind. In der Familie des Vaters ein Fall von Idiotismus (Kind eines Vetters).

E. K. ist nach normal verlaufener Schwangerschaft in regelmässigem Geburtsverlauf als zweites Kind geboren; eine 14jährige und eine 10jährige Schwester sind durchaus normal entwickelt und gesund. — Körperliche und geistige Entwickelung der E. K. normal bis zum 2. Lebensjahre, wo rachitische Verkrümmung der Beine beobachtet wurde, zu deren Hebung während etwa einen halben Jahr ein Stützapparat getragen wurde; erste Zahnentwickelung zu Ende des 1. und Anfang des 2. Lebensjahres; im 2. Jahre stellte sich eine überaus reichliche Absonderung aus der Nase ein, die in späterer Zeit ab und zu fehlte, seit den letzten 2 Jahren anhaltend vorhanden ist; im 5. Jahre gut verlaufene Lungenentzündung; zwischen 6. und 7. Jahre Zahnwechsel; um diese Zeit trat die später nie mehr ganz geschwundene Auftreibung des Leibes zu Tage. Die ersten Zeichen ödematöser Schwellungen wurden vor etwa 2 Jahren beobachtet, gleichzeitig damit fiel den Eltern die Neigung des Kindes, sich bei längerem Stehen mit den Händen auf die Kniee zu stützen, auf. Fast ebenso lange besteht Heiserkeit, die anfangs plötzlich auftrat, um ebenso rasch zu verschwinden, während eine gutturale und rauhe Tonbildung schon länger vorhanden war; seit Herbst 1897 ist die Heiserkeit andauernd; seit etwa Jahresfrist besteht ein leichter Grad von Kurzatmigkeit, der anfangs mehr bemerkt wurde als zur Zeit. Erscheinungen seitens des Herzens wurden von dem Arzte nur insoweit beobachtet, als er während der Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten (Nov. 1897) schrieb: „reagierte stark auf das Mittel und stellten sich leicht Herzpalpitationen ein“ — während den Eltern seit mehr als zwei Jahren hie und da auftretende

Digitized by Google

Cyanose des Gesichts aufgefallen war, ohne dass sie jedoch bei dem stets raschen Vorübergehen die Erscheinung ihr besondere Beachtung schenkten.

Status bei der Aufnahme: Körperlänge 84 cm — also etwa 43 cm unter dem Normalmasse des Alters —, Brustumfang 52 cm, Bauchumfang 65 cm, Gewicht 15,6 kg. Gesicht gedunsen, namentlich die Augenlider, am stärksten das linke geschwollen, dieselben fühlen sich derb an; Hautfarbe des Gesichts bräunlich; starke, schleimige Absonderung aus der Nase; Mund wird schwer geöffnet; Zähne nicht vollzählig, unregelmässig stehend, aber kräftig und gesund, Zunge normal, leicht beweglich; Haare üppig und weich. — Hals sehr kurz; eine genaue Untersuchung nicht möglich wegen der Unruhe und des geleisteten Widerstandes. Arme kurz, besonders die Vorderarme, deren unteres Ende stark verdickt ist, Hände geschwollen, die Finger verdickt, die Haut gespannt und livide gefärbt. Thorax und Extremitäten hochgradig rhachitisch deformiert, Bauch sehr aufgetrieben, mit Nabelhernie. Lungen normal. Die Grössenverhältnisse des Herzens wegen des Widerstandes des Kindes — und wohl auch wegen der Difformität des Thorax — nicht genau festzustellen; keine Geräusche, sehr rasche Herzthätigkeit und dementsprechend Beschleunigung des kleinen Pulses. — Bewegungen linkisch, was hauptsächlich durch die behinderte Gebrauchsfähigkeit der Arme, die einigermaassen frei nur in den Schultergelenken bewegt werden können, bedingt erscheint. Körperhaltung steif nach vorne gebeugt; Gang schwerfällig; bei Bewegungen tritt Kurzatmigkeit ein. Körpertemperatur, Urin, Darmfunctionen normal.

Nach wenigen Tagen der Beobachtung sah B., dass es sich nicht um „reines" Myxödem handle — namentlich im Hinblick darauf, dass die als typisch verlangte Trockenheit der Haut nicht vorhanden war, dagegen eine Neigung zu transspirieren, die besonders während der Mahlzeiten auffällig hervortrat.

Das geistige Verhalten des in hohem Grade cretinös erscheinenden Mädchens war äusserst interessant. — Die Schule hatte sie wegen des körperlichen Zustandes nicht besucht trotz der frühe von Vielen bemerkten leichten Fassungsgabe. Infolgedessen war sie selbstredend für ihr Alter sehr „zurück" und beschränkte sich das Fassungsvermögen wesentlich auf Erlebtes; für alles, was sie umgab, hatte sie grosse Aufmerksamkeit bei anscheinender Gleichgiltigkeit — erstaunlich war, wie sie ihre Beobachtungen gelegentlich mittheilte. Die Erlebnisse der anderen Patienten, kleine Unarten derselben berichtete sie präcise in kurzen, oft drastischen Ausdrücken und stets mit grosser Heiterkeit und gleichmässiger Liebenswürdigkeit, wenn nicht der Ernst der Lage sie auch ernst stimmte, wie sie auch für die Leiden der anderen Kinder grosses Interesse zeigte und genau die erkrankten Organe des einen oder anderen im Gedächtniss behielt. Die Grundzüge ihres Wesens waren Heiterkeit — ohne jede Beimischung des Albernen —, Dankbarkeit, Pünktlichkeit in allen Dingen und peinliche Reinlichkeit. Gegen Unbill von anderen Kindern war sie äusserst empfindlich — zog sich gegebenen Falls scheu zurück, machte aber nie den Versuch zu entgelten. Grosse Vorliebe zeigte sie für Musik, wobei sich der Mangel an Auffassung zwar auch geltend machte, indem sie z. B. eine Spieldose „blasen" liess, bei Musik machte sie — allerdings komisch — schwerfällige Versuche zu tanzen. Im Geschmack zeigte sie eine nicht zu überwindende Abneigung gegen Süsses und jede Art (des Versuchs halber gereicht) geistiger Getränke. An ihren Angehörigen hing sie mit Liebe, was aus der Freude bei Besuchen ersichtlich war, sowie daraus, dass sie spontan von denselben sprach. Die rauhe, heisere Stimme machte die Sprache schwer verständlich, die Ausdrucksweise war keineswegs kindisch; — kindlich war sie in ihren Wünschen und der Art zu spielen; Wünsche und Bedürfnisse brachte sie in normaler Weise zum Ausdruck.

Versuche, bildend auf sie einzuwirken, waren bei der Kürze des Aufenthaltes erfolglos; doch hatte man den Eindruck, dass gegen Ende desselben mehr von Bildern, die ihr gezeigt wurden u. s. w., in ihrer Erinnerung haften blieb als zu Anfang.

Der Krankheitsverlauf gestaltete sich folgendermaassen:

Am 5. Mai zeigte der Urin mässigen Eiweissgehalt, vom 6. Mai ab tägliche Untersuchung und Messung der Menge; dieselbe betrug durchschnittlich 1 Liter pro Tag bis zum 3. Juni; von da ab überstieg sie nicht 900 ccm; am 11. Juni belief sie sich auf nur 570, am 12. auf 470 ccm. Der Eiweissgehalt war wechselnd, mitunter fehlte er im Abend-, mitunter im Morgenurin. Eine Analyse aus den Tagen um 11. Juni ergab 3 Promille Albumen (nach Esbach), wenig Leukocyten, vereinzelte hyaline Cylinder, positiven Erfolg bei Albumosenprobe nach Salkowski. Die Körpertemperatur war stets normal bis auf eine abendliche Erhöhung auf 38,1 am 5. Juni.

Digitized by Google

Am 3. Juni Anfang der Behandlung mit Schilddrüsentabletten (0,01 pro Tag), die nur bis zum 11. Juni fortgesetzt wurde. Mit derselben hatte B. des Eiweissgehaltes des Urins wegen gezögert, bis er in Erfahrung gebracht hatte, (Hertoghe) dass alle myxödematösen Kinder wie Erwachsene Eiweiss im Urin zeigen und dass dieses unter dem Einflusse der Schilddrüsenbehandlung sich vermindert und endlich verschwindet — ein Ausspruch, der zwar in Widerspruch mit den Beobachtungen anderer steht, die das Fehlen von Eiweiss im Urine bei Myxödem betonen oder als in späteren Stadien bei einzelnen Fällen vorkommend bezeichnen.

Am 9. Juni stellte sich bei Bewegungen vermehrte Kurzatmigkeit, leichter Husten und sehr beschleunigte Herzthätigkeit ein — bei Mangel jeder Klage und unverändertem Verhalten; die Untersuchung der Lungen ergab keinen Befund. Appetit etwas geringer. — Verordnung: Digitalis — Bettruhe. 12. Befindet sich in der Ruhe ganz wohl, nachts 12./13. heftiger stenocardischer Anfall — dann wieder Ruhe — 13. früh bei der Urinentleerung plötzlich gestorben.

Section 14. Sehr kleines Kind (84 cm), das Gesicht auffallend gedunsen namentlich die Augenlider vortretend. Der Körper macht den Eindruck eines 5 jährigen Kindes. Die vorderen Rippenenden sind nur wenig verdickt, die Knorpel teilweise verknöchert. Hals ist auffallend kurz. Sehr stark aufgetrieben sind die unteren Enden der Vorderarmknochen. Es besteht ein Nabelbruch. Thymus ist erhalten und liegt in grosser Ausdehnung in flacher Gestalt dem Herzbeutel auf. Herz auffallend gross. Der rechte Ventrikel stark hypertrophisch (0,8, 6,2, 4,0, 4,5, 0,5 cm). Mitralis ist am freien Rande etwas gewulstet, doch ohne Granulationswucherungen. Die Sehnenfäden sind verdickt und verkürzt. Linker Ventrikel ist weit, das Endocard leicht trübe. Auch die Aortenklappen sind diffus verdickt, etwas starr, ohne Granulationen, in geringem Grade sind die Pulmonalklappen auch verdickt. Tricuspidalis zart. Beide Lungen lufthaltig, zum Teil leicht aufgebläht. Die Pulmonalartien mit leicht diffus verdickter Intima. In den Lungen keine Heerderkrankungen. Bronchialschleimhaut blass, Bronchialknorpel auffallend hat. Schilddrüse an regelrechter Stelle. Beide Lappen 3 cm hoch, der linke 2 cm breit, der rechte etwas kleiner. Dicke links 2,0, rechts 1,5 cm. Lappen derb, graurot, mit erkennbarer Zeichnung. Schädeldach dünn. Nähte verknöchert. Sagittalnaht total verstrichen, Coronarnaht leicht angedeutet. Pia zart, gefässreich; die Ventrikel ganz wenig erweitert. Hirnoberfläche windungsreich. Gehirn wird im Ganzen reserviert (zeigte bei nährer Untersuchung nichts Abnormes). Linke Niere grösser wie die rechte (linke 9, 4, 2,5 cm; rechte 8,0, 3,5, 2,2 cm). Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche fötal gelappt, glatt mit etwas marmoriertem Aussehen, indem erweiterte kleine Gefässchen reichlich vorhanden sind. Auf dem Durchschnitt zeigt die Rinde normale Breite, sehr deutliche Zeichnung. Glomeruli für das blosse Auge sichtbar. Nebennierenrinde verfettet. Magen und Darm ohne Besonderheit. Uterus klein, infantil. Ovarien klein, ohne Besonderheit. Milz verhältnismässig gross, derb. M.-K. undeutlich. Leber braunrot ohne deutliche Zeichnung. Gallenblase schwach gefüllt. Die Epiphysenlinie im rechten Humeruskopfe zum grössten Teile bereits verstrichen; der vorhandene Rest ist äusserst unregelmässig begrenzt und fühlt sich sehr derb an. Diagnose: Rhachitischer Zwergwuchs. Endocarditis mitralis, aortica, pulmonalis chronica. Starke Hypertrophie des rechten Ventrikels. Verfettete Stauungsnieren. Nabelbruch.

Dass die in Verbindung mit der Wachstumshemmung Myxödem vortäuschenden Schwellungen der Haut auf die Veränderungen des Herzens, secundär der Nieren, zurückzuführen sind, dürfte ausser Zweifel sein, ebenso dass die Herzerkrankung vor deren Auftreten ihren Anfang genommen haben muss, mithin länger als zwei Jahre bestanden hat, ohne hervorragende Störungen zu verursachen und ohne (bei der allerdings sehr erschwerten Untersuchung) nachweisbare Veränderungen zu bewirken. Das Zurückbleiben des Kindes in geistiger Beziehung findet seine Erklärung in den jedenfalls sehr frühzeitig eingetretenen Veränderungen des Schädels und der damit gegebenen Entwickelungshemmung des Gehirns. Es bietet somit der Fall ein sehr interessantes Bild insofern, als eine Erkrankung des Herzens mit ihren Folgezuständen (Oedeme, Nierenaffec-

Digitized by Google

tion) in Verbindung mit den Folgezuständen früherer Rhachitis ein dem infantilen Myxödem fast analoges Bild geben kann bei normaler Schilddrüse.

---

90) J. Lange. Ueber Myxödem im frühen Kindesalter.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

Ueber dies Thema hielt L. in der Medicin. Gesellschaft zu Leipzig (13. XII. 98) einen Vortrag, in welchem er zunächst einen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre vom Myxödem giebt, nach der die Aetiologie des Myxödems, der Cachexia strumipriva, des endemischen und sporadischen Cretinismus dieselbe ist: die Unterdrückung der Schilddrüsenfunction, deren Grund nur ein verschiedener ist; beim operativen Myxödem die künstliche Entfernung des Organs, beim endemischen Cretinismus kropfige Entartung desselben, beim Myxödem der Erwachsenen und älterer Kinder Atrophie der Drüse aus meist unbekannten Gründen, beim angeborenen Myxödem, dem echten sporadischen Cretinismus, congenitaler Defect oder congenitale Functionsstörung des Organs.

Die dem ausgebildeten Myxödem aller Altersstufen eigentümlichen Symptome sind vor allem Veränderungen der Haut und deren Adnexe. Dieselbe ist allgemein verdickt, wie ödematös, sieht dabei eigentümlich transparent, wie gefroren aus, ist vollständig trocken, da sie der Schweisssecretion entbehrt; eine Delle durch Druck ist nicht zu erzielen, Punction und Schnitt entleeren nichts. Das Colorit ist blass, wachsartig, sie fühlt sich kühl an, schuppt hie und da etwas. Der Gesichtsausdruck ist durch die starke Hautverdickung und zum Teil auch durch die Apathie starr, zuweilen fast unbeweglich, die Augenlider hängen schwer herab, sind meist bläulichrot; der Mund erscheint mit den gewulsteten Lippen auffallend gross, die Zunge stark verdickt, vielfach aus dem Munde heraushängend, Stimme rauh und heiser. Die Partien am Halse sind besonders stark gedunsen, ebenso die äusseren Genitalien; die Extremitäten sind plump, zuweilen fast elephantiastisch. Die Haare sind trocken, brüchig, glanzlos, ähnlich die Nägel. Die Bewegungen erscheinen träge, ungeschickt, das Wesen missmutig, die Intelligenz und Energie abgestumpft, um schliesslich in complete Idiotie und Verblödung auszugehen. Die vegetativen Functionen sind meist ungestört, während Sprache und Gang deutlich erschwert sind. Die Eigenwärme ist herabgesetzt, der Puls verlangsamt, der Geschlechtstrieb verringert oder erloschen. Bei der angeborenen resp. infantilen Form treten nun noch Entwickelungsstörungen in geistiger und körperlicher Beziehung in die Erscheinung, um so mehr, je früher die Erkrankung auftritt. Das Längenwachstum ist gehemmt, es kommt zu echtem Zwergwuchs. Auch die Schädelknochen wachsen nicht mit, die grosse Fontanelle kann bis ins späte Alter offen bleiben, die Gesichtsknochen wachsen nur wenig, die Wirbelsäule bleibt schwach, die Kinder können erst sehr spät sitzen, die Zähne kommen sehr spät, der Leib ist meist sehr aufgetrieben (oft Nabelhernie!), die Genitalien bleiben unentwickelt (was sich auch bei der Menstruation manifestiert). Auch die geistigen

Digitized by Google

Fähigkeiten entwickeln sich nur äusserst langsam resp. bleiben auf der kindlichen Entwickelungsstufe stehen; öfters besteht Reizbarkeit, Jähzorn oder totale Idiotie.

L. hat 2 derartige Fälle genau beobachtet und berichtet über dieselben. Die Diagnose des angeborenen Myxödems ist in ausgeprägten Fällen sehr leicht; ist doch schon der Gesichtsausdruck stets derselbe und ungemein charakteristisch. Anders aber, wenn die Hautverdickung, das eigentliche Myxödem weniger deutlich ist, was nicht nur bei den „formes frustes“ vorkommt, sondern auch sonst periodisch oft recht sehr schwankt, wie auch L. bei seinen Fällen es wahrnahm. In solch „ödemarmen“ Stadium ist eine Verwechselung mit Rhachitis denkbar (Unfähigkeit zu sitzen, Kyphose, blasse Haut, offene Fontanelle, Mangel der Zähne!); die genauere Untersuchung zeigt freilich sofort, dass es sich um etwas Anderes handelt, und ausserdem giebt uns die Röntgenphotographie ein recht markantes Unterscheidungsmittel in die Hand, indem beim Myxödem eine auffallend langsame Verknöcherung, eine sehr lange Permanenz der Knorpelteile, speziell der Epiphysenknorpel sich nachweisen lässt, sodass man also bei älteren Kindern noch helle, nicht ossificierte Knorpelscheiben findet.

Von besonderem Interesse ist eine Frage, die namentlich von Schech angeschnitten worden ist. Derselbe behauptete, dass die Symptome des Myxödems, resp. des sporadischen Cretinismus sich erst entwickeln können, wenn die Kinder entwöhnt würden, indem das wirksame Princip der Schilddrüse durch die Muttermilch dem Säugling in genügender Weise zugeführt werde; auch leugnete er die Möglichkeit des angeborenen Myxödems, da der placentare Kreislauf noch besser die Zufuhr vermittle. L.'s beide Fälle beweisen, dass dies nicht immer richtig ist; das ältere Kind lag 14 Monate an der Brust, wobei die Krankheit sich doch in den ersten Lebensmonaten entwickelte, und das andere Kind war bereits myxomatös geboren worden. Solche Fälle von echtem angeborenem Myxödem sind freilich recht selten, auch ist der Grund, warum das Leiden sich in der That meist nach der Entwöhnung entwickelt, in anderen Fällen aber sogar schon intrauterin, noch ganz in Dunkel gehüllt.

Therapeutisch ist bekanntlich die Schilddrüseneinverleibung oft von deutlichem Einfluss. L. gab anfänglich Thyraden (Knoll) und Jodothyrin (Bayer), dann ausschliesslich Thyreoidin. sicc. (Apotheker Löwe, Leipzig). Zuerst pflegen sich Eigenwärme, Puls und Hautinfiltration zu bessern. Nach wenigen Tagen schon steigt die Körpertemperatur zur Norm, ebenso der Puls, die Verdickung der Haut geht unter starker Vermehrung der Harnmenge zurück. Die tolerierte Dosis betrug beim 7—9 monatl. Kinde schliesslich 0,05, jeden 2. Tag nach der Flasche verabreicht, bei täglichen Gaben deutliche Unruhe. Bei dem 20 monatl. Kinde gab L. 0,05 Thyraden 3 mal täglich, nach einigen Tagen 0,075 und dann 0,1, aber auch hier nach einigen Tagen grosse Unruhe, Hitze, Erblassen (im Ganzen erhielt das Kind 90 Dosen à 0,05—0,1, später Thyreoidin 1 mal tägl. 0,1). Eine längere Zeit über fortgesetzte, intermittierende Behandlung ist nötig, will man befriedigende Resultate erreichen; da die Mittel sicher cumulative Wirkung haben, muss man wiederholt aussetzen. Die Wirkung ist offenbar, das Längenwachsthum steigt, die Intelligenz erwacht u. s. w.,

Digitized by Google

aber es geht doch ungemein langsam, und ob vollkommene Heilung eintritt, ist recht zweifelhaft; jedenfalls rät L. die Prognose in Bezug auf vollständige Entwickelung des Körpers und Geistes nur sehr vorsichtig zu stellen.

Diskussion: Dolega erwähnt, dass er 1887, als Myxödem als solches noch nicht bekannt war, einen Fall von sporadischem Cretinismus pathologisch-anatomisch genauer durchforscht hat. Das im 28. Lebensjahre stehende männliche Individuum bot den Typus eines Cretins und zeigte in der letzten Zeit ein eigentümliches pastöses Verhalten der Haut, besonders des Gesichts, mit hochgradigem Ekzem des Kopfes. Pat. ging unter den Erscheinungen allgemeiner Kachexie zu Grunde. Bei der Section fand man, dass die Schilddrüse sogut wie ganz fehlte, nur ein Rudiment vorhanden war. Die anatomische Untersuchung des Skeletts ergab, dass dasselbe auf einem durchweg frühkindlichen Stadium sich erhalten hatte, und dass überall die embryonalen Knorpelepiphysen und Synchondrosen erhalten waren. Die mikroskropische Untersuchung zeigte an den letzteren Verhältnisse, welche an die fötale Rhachitis erinnerten, aber nicht vollkommen mit denselben identisch waren. Auch Magnus-Levy fand, als er auf Dolega's Anregung 1897 einen 28jährigen ähnlichen Patienten durchleuchtete, einen analogen Befund: Erhaltensein der Synchondrosen. — Tillmanns erwähnt einen Fall von Myxödem infolge von angeborenem Mangel der Schilddrüse bei einem jetzt 8jährigen Knaben, bei dem er seit 5 Jahren Schilddrüsenfütterung anwendet. Es wurde teils frische Schilddrüse vom Kalb oder Hammel gegeben, teils wurden die verschiedenen Arten der Tabletten angewandt, in letzter Zeit besonders Thyradentabletten. Frische Schilddrüse wurde im Allgemeinen besser vertragen, als die Tabletten, nach denen vorübergehend Vergiftungserscheinungen auftraten. Der Pat. ist durch die Behandlung wesentlich gebessert, er kann jetzt stehen und gehen, die Sprache hat sich etwas entwickelt, doch ist der Intellect noch sehr gering, vor Allem ist Pat. viel ruhiger geworden. Wichtig ist die Blutuntersuchung bei Myxödem. Als Pat. vor 5 Jahren in Behandlung kam, erwies sich der Hämoglobingehalt des Blutes und die Zahl der roten Blutkörperchen als sehr vermindert (letztere nur $^1/_3$ der Norm!); bei der Behandlung nahmen beide stetig zu, und jetzt sind annähernd normale Verhältnisse vorhanden.

---

91) **W. Hirsch.** The pathological anatomy of amaurotic family idiocy.

(Journal of nervous and mental disease, July 1898. — Neurologisches Centralblatt 1899 No. 5.)

Bekanntlich hat Sachs diese eigentümliche, fast stets jüdische Kinder in zartestem Alter (3—5 Monaten) befallende Krankheit, die sich in Entwickelung von Schwäche und Schlaffheit der gesamten Muskulatur, Stillstand der geistigen Entwickelung, allmählichem Zustandekommen völliger Erblindung äussert, familiäre amaurotische Idiotie genannt. Objectiv lässt sich beim lebenden Kinde stets beiderseitig eine grauweisse Trübung der Macula lutea mit einem centralen kirschroten Fleck, und meist eine Degeneration der Papille nachweisen.

Bisher sind von dieser Affection nur 25 Fälle bekannt. H. publiciert einen eigenen, bei dem er Gehirn und Rückenmark genau untersucht hat. Er fand die Ganglienzellen des gesamten Nervensystems in einem Zustande der Chromatolyse, verbunden mit oft ganz bedeutender Schwellung des Zellleibes und peripherer Stellung des Kernes; ausserdem Degeneration der Pyramidenbahnen im Rückenmark. Infolge der Aehnlichkeit des anatomischen Zellbefundes mit denen nach Vergiftungen nimmt H. als Ursache für die Erkrankung eine Intoxikation mit einem Virus an, das direct auf die Zellen des Nervensystems wirkt und vielleicht aus der Muttermilch kommt. —

Digitized by Google

Ward A. Holden hat die genaue mikroskopische Untersuchung der Retinae dieses Falles vorgenommen. Sie ergab Zellveränderungen in der Netzhaut, die denen der Ganglienzellen des Gehirns sehr ähneln. Die gewöhnlich birnenförmigen Zellen der Macula lutea sind vergrössert und kugelförmig geworden. Die Nissl'schen Körper in ihnen sind völlig verschwunden, und es ist nur noch ein zartes Netzwerk im Zellleib zu sehen; der Kern ist deutlich und liegt in der Mitte der Zelle. Der N. opticus bietet Zeichen einfacher Degeneration. Das ophthalmoskopische Bild eines solchen Augenhintergrundes — in der Gegend der Macula lutea 2 Papillen breiter grauweisser Fleck mit rotem Centrum — erklärt sich durch diesen Befund; das rote Centrum entspricht der Fovea, in der normalerweise die Ganglienzellen fehlen, wo also die Aderhaut durchschimmert.

---

92) **Fr. Peterson.** A case of amaurotic idiocy with autopsie.

(Ibidem.)

P. berichtet über ein 7 Monate altes Kind, das, aus erblich nicht belasteter Familie stammend, ebenso wie 2 seiner älteren Geschwister Zeichen von Idiotie und Amaurose darbot. Es starb 7³/₄ Monate alt an Entkräftung nach Masern. Die Sektion ergab neben Oedem und Blutreichtum des Gehirns eine deutliche partielle Hypoplasie des Grosshirns: Asymmetrie der Hemisphären, Blossliegen der Insel, Atrophie der Windungen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich degenerative Veränderungen der Ganglienzellen — Verminderung der Anzahl, der Grösse und der chromatischen Zellsubstanz — in der Rinde des Lob. occip., tempor., front. und praecentr., sowie in den Corpp. quadrigemina und geniculata und in den Kernen des III. und IV. Hirnnerven, während Erkrankungen der Nervenfasern nicht aufzufinden waren. Die mikroskopische Untersuchung des Auges fiel im allgemeinen negativ aus.

---

93) **J. Bókay.** Beiträge zur Kenntnis des angeborenen äusseren Hydrocephalus.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 5.)

Wenn wir die Litteratur des Hydroceph. ext. chr. übersehen, von den Arbeiten Légendre und Barthez und Rilliet (1846 und 1855) bis jetzt, so gelangen wir unstreitig zu der Ueberzeugung (was jedoch einige noch immer nicht anerkennen), dass neben dem Hydrocephalus chron. extern. acquis. seu pachymeningitic., welche aus Pachymeningit. int. haemorrhag. stammt, eine selbständige, angeborene Form des äusseren Hydroceph. existiert, welche ein noch selteneres Vorkommen ist, wie der erworbene resp. wie der Hydroceph. externus hämorrhagischer Abstammung.

B. hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, der nach seiner Ansicht in die Gruppe des congenitalen äusseren Hydrocephalus gehört. Die den äusseren Wasserkopf bildende Flüssigkeit befand sich zwischen Dura mater und Arachnoidea; wenn wir die alte Breschet-sche Einteilung acceptieren, gehört er also in die 2. Gruppe des

Digitized by Google

Breschet'schen Schemas. Es ist demnach der Fall als ein typischer zu betrachten. Die Dura mater wurde samt der Sichel bei der Section als verdickt gefunden, ohne dass Veränderungen an der Innenfläche der harten Hirnhaut gefunden worden wären, die auf eine vorangehende Pachymeningit. int. haemorrh. gedeutet hätten. Ausser der Dura mater fanden sich auch die weichen Hirnhäute verdickt. Nach Gowers sind bei congenitalem, äusserem Hydroceph. die Hirnhäute verdickt.

Die Menge der in dem Subduralraum angesammelten Flüssigkeit betrug ungefähr $^1/_2$ Liter und zeigte sich sichtlich kein Unterschied gegenüber der Flüssigkeit bei angeborenem, innerem Hydrocephalus. Leider wurde die chemische Untersuchung nicht gemacht. Wir wissen nun aus der Litteratur so viel, dass die Flüssigkeit bei Hydroceph. externus acquisit. verhältnismässig einen grösseren Eiweissgehalt besitzt als die bei angeborenem, innerem Wasserkopf; welche Verhältnisse jedoch die Flüssigkeit beim angeborenen äusseren Hydrocephalus zeigt, ist bis jetzt noch nicht festgestellt. Die Quantität der Flüssigkeit betreffend, gehört der Fall (9 Monate altes Kind), nicht zu den höchsten Graden des Hydroceph. ext. chr. Das Schädelgewölbe zeigte sich in den von B. beobachteten Fällen nach jeder Richtung hin gleichmässig ausgedehnt; die Stirnhöcker waren stark prominierend, die Fontanella quadrangularis hatte die Grösse eines Thalers, die triangularis die eines Hellers. Die Augäpfel zeigten keine Achsenabweichung, waren aber ein wenig protundiert. Smith und so auch Sachs halten für Hydroceph. ext. die nach jeder Richtung gleichmässige Ausdehnung des Schädelgewölbes für charakteristisch, während bei Hydroceph. internus nach Sachs — was auch B. nur bekräftigen kann, — besonders auffallend die starke Vorwölbung des Stirn- und Hinterhauptbeines zu beobachten ist. Das Gehirn wurde an der Schädelbasis zusammengedrückt und verkleinert gefunden, und waren die Seitenventrikel und auch das Foramen Monroi und die mittlere Hirnkammer erweitert, es war also der hochgradige Hydroceph. ext. mit einem mässigen inneren Hydroceph. compliciert. Dass das Gehirn beim angeborenen Hydroceph. externus nach der Beobachtung der Autoren in der Regel mehr oder weniger zusammengedrückt und mächtig verkleinert ist, wird in den meisten casuistischen Mitteilungen erwähnt. Eine andere Frage ist jedoch die, ob die Verkleinerung des Gehirnvolumens einfach eine Folge der Compression ist oder von einer Atrophie des Gehirnes stammt.

Die Möglichkeit der Anwesenheit des inneren Hydrocephalus erwähnt besonders Huguenin und Miles. Nach Heubner ist der Hydrocephalus ext. stets mit einem kleineren oder grösseren inneren Hydroceph. combiniert.

Dass B. in obigem Falle auf Grund der Section jene congenitale Form des Hydroceph. ext. annahm, welche nicht auf Grund der mangelhaften Entwickelung des Gehirnes (angeborene Agenesie), sondern wahrscheinlich auf Grund einer intrauterinen Entzündung der Hirnhäute zu stande kam, dazu zwang der Umstand, dass das Gehirn in allen seinen Teilen — wenigstens makroskopisch — wohl entwickelt war, und dass die Hirnhäute, insbesondere die harte Hirnhaut, auffallend verdickt gefunden wurden. Dass man sich im obigen Falle mit der Diagnose: Hydr. cong. int. irrte und auf die Anwesenheit

Digitized by Google

eines Hydroceph. ext. nicht einmal reflectierte, ist aus dem oben Erwähnten leicht erklärlich. Nachträglich sah B. nun ein Moment, das allenfalls von dem diagnostischen Irrtume hätte bewahren können, die nach jeder Richtung hin gleichmässige Ausdehnung des Schädelgewölbes, worauf als ein differential-diagnostisches Zeichen besonders Sachs ein besonderes Gewicht legt. Barthez und Rilliet empfahlen schon in den fünfziger Jahren dort, wo wir Verdacht auf Hydroceph. haben, eine explorative Punction, wobei der Umstand, von welchem Niveau aus die Flüssigkeit durch den eingestochenen Troicart fliesst, die Qualität des Hydroceph. entscheiden könne. Es ist natürlich, dass in allen den Fällen, wo bei angeborenem, innerem Hydroceph. die Flüssigkeitsmenge sehr gross ist und infolgedessen die Wände der Seitenventrikel sozusagen vollständig häutig geworden sind, auch diese Explorativpunction die Frage nicht entscheiden wird.

In obigem Falle hätte man durch eine solche Punction unzweifelhaft den extracerebralen Sitz der Flüssigkeit erkennen können und von einem operativen Eingriffe nicht abstehen dürfen. (Der Patient starb nach einigen Tagen des Spitalaufenthaltes an katarrhalischer Pneumonie und Follikularkatarrh.) Die Operation wird in solchen Fällen in Zukunft in einer der unter aseptischen Cautelen ausgeführten Punction folgenden Drainage bestehen, die wir noch eventuell mit einer Craniectomie verbinden. Ob die Quincke'sche Lumbalpunction beim Hydroceph. ext. cong. mit Erfolg anzuwenden ist, das wird die Zukunft lehren. Dass bei Hydroceph. ext. pachymeningiticus die Lumbalpunction keinen Erfolg haben kann, das kann man schon jetzt, die Anatomie berücksichtigend, unbedingt behaupten.

---

94) **H. Schramm.** Beitrag zur Behandlung des chron. Hydrocephalus mittelst intracranieller Drainage.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No. 4.)

Nachdem man verschiedene Wege zur Heilung des Hydrocephalus vergeblich eingeschlagen, wurde auch der Versuch gemacht, die Ansammlung der Flüssigkeit in den Ventrikeln zu verhindern und ihre Resorption zu erleichtern durch eine künstliche Verbindung des Ventrikels mit den inner- oder ausserhalb der harten Hirnhaut gelegenen Bindegewebsräumen. Zuerst betrat Mikulicz diesen Weg, indem er das eine Ende eines aus Glaswolle bestehenden Drains in die Ventrikel einführte, das andere unter die Dura mater schob und darüber die Hautwunde vernähte. Das Kind lebte noch über 2 Jahre, sprach ein wenig, konnte jedoch nicht gehen; der Wasserkopf bestand in geringem Grade, vergrösserte sich jedoch nicht. In einem 2. Falle von subacutem Hydrocephalus bildete Mikulicz eine Verbindung zwischen der Seitenkammer und dem lockeren Bindegewebe unter der Galea aponeurotica, indem er ein goldnes Röhrchen in die Hirnkammer hineinschob, das zweite, mit einer Platte versehene Ende des Röhrchens aber unter der Galea aponeurotica liegen liess und die Hautwunde schloss. Der Kopfumfang wurde seither nicht grösser, jedoch trat nach 25 Tagen Eiterung in den Stichkanälen ein, weshalb das Röhrchen entfernt werden musste.

Digitized by Google

Bald aber, schon nach 12 Tagen, begann der Kopf wieder an Umfang zuzunehmen, dieselbe Operation wurde an der 2. Seite ausgeführt. Nach 6 Tagen trat der Tod ein, und die Section ergab als Ursache des rasch zunehmenden Hydrocephalus multiple Abscesse in der Hirnsubstanz, die als Metastasen von einer acuten eitrigen Beinhautentzündung am Femur aufgefasst wurden.

Eine dem 1. Falle Mikulicz' ganz ähnliche Operation führten Sutherland und Watson Cheyne aus in 2 Fällen. Zuerst bei einem 6monatlichen Kinde mit angeborener Lues und Hydrocephalus congenitus. Nachdem 3monatliche interne Therapie erfolglos geblieben und der Kopf rasch an Umfang zunahm, wurde die intracranielle Drainage mit einem Catgutdrain ausgeführt. In den folgenden 3 Monaten nahm der Kopfumfang bedeutend ab, die auseinandergedrängten Schädelknochen näherten sich ganz einander, die grosse Fontanelle verkleinerte sich, war etwas eingesunken und pulsierte kräftig. Nach 3 Monaten traten Erscheinungen von basilarer Meningitis auf, das Kind starb. Bei der Section fand man bedeutende Mengen Flüssigkeit unter der Dura mater, die Seitenventrikel nicht ausgedehnt, das Gehirn stellenweise cystenartig degeneriert. In dem zweiten vorgestellten, etwa 3 Wochen vorher operierten Falle trat ebenfalls rasche Verminderung des Kopfumfanges ein.

S. selbst nun verfügt über folgenden eigenen Fall:

1½jähr. Knabe, bei dem bald nach der Geburt ein zu rasches Wachstum des Kopfes bemerkt wurde. Am Tage der Aufnahme maass der Umfang desselben 50½ cm bei einer Gesamtlänge des Kindes von 64 cm. Schädelknochen sehr weich, weit auseinandergeschoben, grosse Fontanelle bedeutend vergrössert, stark gespannt, nicht pulsierend; Kind sehr unruhig.

Am 6. V. führte S. die Operation aus. Es wurde nach sorgfältigster Reinigung des ganzen Kopfes gegenüber dem linken Winkel der grossen Fontanelle ein 1½ cm langer Schnitt durch Haut und Dura mater geführt. Zwischen die Dura und Pia wurde nun ein 3 cm langes Stück Catgut eingeschoben, das zweite, etwa 1½ cm lange Ende des Catgutfadens in die Hirnkammer eingestochen, wobei es sich zeigte, dass die Hirnsubstanz eine kaum 1½ mm dicke Lage bildete. Sofort floss den Faden entlang etwas Flüssigkeit aus. Der Schlitz in der Dura wurde mit 2 Nähten aus dünnster Seide geschlossen, darüber die Hautwunde vernäht und der ganze Kopf mit einem dicken antiseptischen Verbande versehen.

Der Verlauf war nicht ideal, indem, wahrscheinlich infolge von nicht ganz genauer Vernähung der Dura etwas Flüssigkeit unter die Haut gelangte und von hier den Hautnähten entlang nach aussen aussickerte. Dies dauerte aber nicht lange, indem schon am 4. Tage der neu angelegte Verband ganz trocken blieb. Diese Complikation hatte auch keine weiteren nachteiligen Folgen, und der Erfolg der Operation war insofern günstig, als binnen 3 Wochen der Umfang des Kopfes um 2½ cm kleiner wurde. Das Kind beruhigte sich, es erschien intelligenter. Leider nahm es die Mutter nach Haus, und über das weitere Schicksal war nichts zu eruieren.

Die bisher publicierten Fälle sprechen wohl im Vergleich mit anderen bis jetzt zur Heilung des chron. Hydrocephalus ausgeführten Operationen zu Gunsten der neuen Methode. Alle Kinder überstanden den Eingriff gut, derselbe hatte auch später, wie der Fall Mikulicz zeigte, wo das Kind noch 2 Jahre lebte, keine üblen Folgen. Es fragt sich nur, ob der durch die Operation beabsichtigte Zweck, die Etablierung einer Communikation zwischen Hirnventrikel und subduralem Raum, genug dauerhaft sein wird, oder ob nach einiger Zeit diese Verbindung wieder verschlossen wird entweder durch festes Umwachsen des Glasdrains oder noch leichter nach eingetretener Resorption des Catguts. Die bis-

Digitized by Google

herigen Erfahrungen rechtfertigen diese Befürchtungen nicht; denn bei jenem Falle Mikulicz' vergrösserte sich der Kopfumfang auch nach Ablauf von 2 Jahren nicht, ein Beweis, dass entweder der Drain noch functionierte, oder dass die ursprüngliche Krankheitsursache unterdessen gewichen war. Im 1. Falle Cheyne's fand man bei der Section noch immer Flüssigkeit unter der Dura und die Ventrikel nicht ausgedehnt, und im 2. Falle Cheyne's wie auch in S.'s Falle war die Function der Drains gleichfalls befriedigend, wie die stete und verhältnismässig rasche Abnahme des Kopfumfanges zeigte.

S. benutzte, weil ihm die zu brüchigen Glasfäden wenig zweckmässig erschienen, einen Drain aus Formalincatgut, der 24 Stunden in 1%iger Chromsäurelösung, dann 12 Stunden in reinem Alkohol gelegen hatte und unmittelbar vor dem Gebrauch in physiol. Kochsalzlösung abgespült wurde. Ein solcher Faden wird erst nach etlichen Wochen resorbiert; ob diese Zeit genügen wird, um die Ursachen des Hydrocephalus zu beheben oder vielleicht durch Hineinwachsen des Ependyms in den gebildeten Canal eine Art Ventrikelfistel zu etablieren, das müssen weitere Erfahrungen lehren, ebenso wie der functionelle Erfolg je nach dem Einzelfalle sich gestalten wird. Doch ist klar, dass frühzeitig operiert werden muss, damit nach Entlastung des Gehirns dasselbe sich weiter entwickeln kann.

---

95) **Holt.** Der Gehirnabscess bei Kindern.

(Med. Times and Regist. 11./12. 98. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 18.)

H. resumiert seine ausgedehnten Studien und Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Gehirnabcesse sind bei Kindern unter 5 Jahren selten.

2. Die Hauptursachen solcher Abscesse bilden Otitis und Trauma.

3. Der Gehirnabscess entwickelt sich sehr selten bei acuter Otitis, sondern gewöhnlich in vernachlässigten Fällen, wo er sich denn meist an eine Erkrankung des Felsenbeins anschliesst.

4. In jenen Fällen, wo ein Gehirnabscess bei Kindern sich ohne erkennbare Ursache entwickelt, befindet sich die Infectionsquelle sehr wahrscheinlich trotzdem im Ohr, selbst wenn eine Otorrhoë nicht vorhanden ist.

5. Die Entwickelung eines Gehirnabscesses nach einem Trauma ohne Fractur von Kopfknochen ist extrem selten. In den anderen Fällen machen sich die ersten, auf einen Abscess hindeutenden Hirnsymptome fast stets schon innerhalb der ersten 2 Wochen nach dem Trauma bemerkbar. Zeigen sich solche Symptome erst viel später, so liegt gewöhnlich eine andere Ursache, meist eine latente Otitis zu Grunde.

6. In sehr vielen Fällen treten nur allgemeine Hirnsymptome, diese jedoch in sehr grosser Varietät auf.

7. Sind Herdsymptome vorhanden, so sind sie nur dann von diagnostischer Bedeutung, wenn sie sich constant erhalten. Doch auch dann besitzen nur die motorischen Symptome Beweiskraft, da die sensiblen bei Kindern schwer oder gar nicht zu determinieren sind.

Digitized by Google

8. Eine bestehende Otitis, resp. ein vorangegangenes Trauma, Fieber und ein rapides Fortschreiten der Symptome machen im allgemeinen die Diagnose eines Gehirnabscesses sehr wahrscheinlich. In den weniger prägnanten Fällen mit geringem oder gar keinem Fieber bildet die Lumbalpunction eine wertvolle Stütze für die Diagnose.

9. Differentialdiagnostisch kommt besonders die acute Meningitis in Betracht. Bei schnellerem Verlauf der Affection ist eine Unterscheidung zuweilen unmöglich. In den mehr protrahierten Fällen weist ein milderer und mehr irregulärer Verlauf, sowie eine meist vorhandene niedrigere Temperatur auf einen Abscess hin.

10. In Anbetracht des häufigen schweren Shoks nach den bei Kindern vorgenommenen intracraniellen Operationen soll beim Gehirnabscess nur dann operativ eingeschritten werden, wenn deutliche Heerdsymptome, namentlich Hemiplegie, vorhanden sind.

---

96) **O. Wyss.** 2 dubiöse Fälle aus der Praxis.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 No. 3.)

W. demonstrierte in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich (22. X. 98) diese Fälle, die infolge ihrer dubiösen, eine Diagnose erschwerenden Erscheinungen zu denken geben.

1. 8jähr. Kind, das am 13. V. ins Kinderspital aufgenommen wurde, wurde zufällig in einem Anfalle auf dem Wege ins Spital von W. beobachtet. Es war bis dahin zu Fuss gegangen, da fing es plötzlich zu schreien und um sich zu schlagen an, der Vater nahm es auf den Arm, es schrie und zappelte weiter und war dann, nachdem es ruhiger geworden war, im Spital noch bewusstlos und später apathisch mit 68 schwachen Pulsen, Temp. 36,9°. Solche Anfälle von 20 bis 30 Minuten Dauer sollten seit 4 Monaten auftreten und den Anfang im Anschluss an ein Geschwür (Abscess) auf der Brust genommen haben. Sie charakterisieren sich durch Kopfschmerzen in Stirn- und Nackengegend, dann Erbrechen, Nackenstarre, Bewusstlosigkeit, Erweiterung der Pupillen, Steifheit der Arme, und gehen in Ermattung und schlafähnlichen Zustand über, aber ohne vollständige Reactionslosigkeit, indem auf lautes Anrufen Antwort erfolgt. Mit dem Erbrechen stellte sich oft unwillkürlicher Urinabgang ein. Die Dauer der Anfälle war meist kurz, doch auch bis $^1/_2$ Tag lang. Nach dem Anfall blieb der Puls stundenlang verlangsamt oder beschleunigt, klein, unregelmässig, und es wiederholte sich ab und zu wieder Erbrechen. Intercurrent schrie die Pat. auch plötzlich laut auf. Temp. stets normal. Die klinische Untersuchung ergab mit Ausnahme der gleich zu erwähnenden, keine besonderen Anhaltspunkte. Die Anfälle wiederholten sich fast täglich 2mal, und die Beobachtung rief den Eindruck hervor, es seien dieselben die Aeusserung und Folge eines grossen Schmerzes, und zwar eines Nackenschmerzes, worauf das Schreien und der übrige Ablauf des Anfalles erfolgte. Dabei erinnerte sich W. eines Falles, wo Nephrolithiasis bei einem Kinde gleichen Alters der Ausgangspunkt solcher teilweise an gewisse Fälle von Chorea major erinnernden Anfälle war, und der Abgang eines Steines und das nachherige Ausbleiben der Erscheinungen die Diagnose bestätigten. Hier freilich war der Eindruck des heftigen Schmerzanfalls nicht so

Digitized by Google

deutlich wie dort; doch liess sich beständig auch ausserhalb der Anfälle eine Druckempfindlichkeit im Nacken nachweisen, sodass die Diagnose auf eine Spondylitis cervicalis der obersten Halswirbel gestellt werden musste. Ophthalmoscopisch wurde zudem Stauungspapille und Neuritis optica gefunden. Auch das Erbrechen, die Nackenstarre und der Sopor sprachen für diese Diagnose resp. begleitende Basalmeningitis. Die Therapie bestand in Extension ($1^1/_2$ kg) und Syr. ferri jodat. Noch längere Zeit blieben die Anfälle gleich, wurden dann aber seltener; im August sind nur noch 6 notiert, anfangs September noch einer und seitdem keiner mehr. Das Erbrechen und die übrigen Symptome haben ebenfalls abgenommen, die Sehstörung dagegen zu, und zwar bis zur vollständigen Amaurose mit Atrophie des Sehnerven. Die Spondylitis scheint also geheilt zu sein, die begleitende Meningitis spinalis im Ablauf begriffen. Das Kind kann auch wieder besser aufsitzen und sich bewegen. Die Schwäche in den Extremitäten ist nicht verschwunden, und das Zittern, das beim 1. Versuch, die Pat. aufstehen zu lassen, bemerkt und als Schwächesymptom aufgefasst wurde, hat eher zugenommen, es ist weniger intensiv als Intentionszittern, besteht aber in der Ruhe und Bewegung, namentlich stark bei Schmerz, wie z. B. bei Flexion der Füsse. Nackenstarre ist nie mehr aufgetreten, und die allgemeine Beweglichkeit besser. Es liegt hier also offenbar eine Spondylitis cervicalis mit schweren Gehirnerscheinungen, bedingt durch Basilarmeningitis, vor. In anderen Fällen dieser Art sah W. Erscheinungen wie bei Gehirntumor. Von Bedeutung ist hier die Amaurose durch Neuritis optica. Ausser mit Extension wurde Pat. auch mit Jod, Brom, Ung. ciner. und Massage behandelt. Die Genese des Zitterns ist unklar; vermutlich liegt ihm eine entzündliche Verdickung der Nervenscheiden und Pia mater zu Grunde. Auch Verlangsamung des Pulses (60) besteht, die Intelligenz litt anfangs, später nicht mehr. Beim Stehen tritt sofort heftiges Zittern auf, die Reflexe sind gesteigert. Die Bewegung der Beine erfolgt so, wie man es nach langer Extension beobachtet, doch lässt sich auch leichte Parese erkennen.

2. Ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind aus nicht belasteter Familie hat schon 2 mal Lungenentzündung durchgemacht, 1 mal im 2. Jahre, mit „Gehirnentzündung“, die aber nicht zum vollen Ausbruch gekommen sein soll. Der Beginn der jetzigen Krankheit wird ins Jahr 1896 verlegt, da die Pat. Keuchhusten hatte. Pat. bekam da plötzlich einen Anfall: Verdrehen der Augen, blaue Verfärbung, Aussetzen des Atems, totähnlicher Zustand. Wiederbelebungsversuche brachten das Kind wieder zu sich, das dann $^1/_2$ Jahr lang verschont blieb. Dann aber traten solche Anfälle häufiger und heftiger auf, Beginn mit Zuckungen in der rechten Hand, die sich über den ganzen Körper ausbreiten und namentlich in der rechten Gesichtshälfte stark sind; Dauer eines Anfalls bis $1^1/_4$ Stunde. $^1/_2$ Jahr lang relativ gesund, verlor Pat. das Gehvermögen, die Sprache wurde schlecht. Am 21. IV. 98 Eintritt ins Spital. Pat. in gutem Ernährungszustand, bot spastische Erscheinungen in den Unterextremitäten dar; Füsse in Equinusstellung, Unfähigkeit zu gehen. Im Gesicht keine deutlichen Lähmungen; aber rechte Pupille etwas weiter als linke, beide mittelweit, gut reagierend. Uvula ganz wenig nach rechts abweichend. Apathischer Gesichtsausdruck, Arme und Hände nicht gelähmt, Bewegungen der letzteren

Digitized by Google

etwas ungeschickt, und zuweilen, bei Greifen nach einem Gegenstand, leichtes Zittern. Anfälle zeigen epileptiformen Charakter. Temperatur stets normal. Die klinische Untersuchung bot weiter keine Anhaltspunkte. Bei den Anfällen fiel starke Injection des Gesichts auf. Sprache sehr undeutlich, verlor sich mit Zunahme der Anfälle ganz. Die anfängliche Diagnose lautete auf Idiotie und spastische Paralyse. Die Anfälle mehrten sich auf 4 am Tage, am 12. VI. wurden 13 notiert, an solchen Tagen jeglicher Verkehr unmöglich. Es traten nun auch in der anfallsfreien Zeit Zuckungen auf. Ophthalmoskopischer Befund normal, ebenso Puls. Im Juli fielen Parese der rechten Extremitäten, wo die Zuckungen jeweils begannen, auf, sowie im linken Facialis, und nun neigte die Diagnose mehr zu Gehirntumor, event. Tuberkel in der Brücke. Im Juli noch, als Pat. Jodkali in grösseren Dosen bekam, setzten die Anfälle einmal einige Tage aus, um dann aber wieder bis auf 16 zu steigen. Im August täglich mehrere. Bei diesem Gleichbleiben der Erscheinungen wurde die Diagnose wieder schwankend; die Parese des Facialis ging sogar zurück und trat dann rechts auf, zugleich Rückgang der Armparese. Im Augenhintergrund wurden einige Veränderungen an den Gefässen bemerkt, was wieder den Verdacht auf Lues cong. wachrief. Brom- und Jodpräparate wirkungslos, ebenso Schmierkur. Schliesslich musste man sich ätiologisch an den Keuchhusten halten; es handelte sich vielleicht um einen encephalitischen Erweichungsheerd, oder vielmehr um mehrere solche, die sowohl die Abnahme der psychischen Functionen, wie auch die Convulsionen etc. bedingten. Die Stellung des Kindes ist die eines Paralytikers; beim Gehversuch kreuzen sich die Beine oft.

---

97) **Ammerschläger.** Ueber Meningitis traumatica tuberculosa.

(Dissert. inaug. München 1898. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1899 No. 5.)

6jähr. Mädchen wurde am 4. III. 98 beim Heimgange aus der Schule von einem Burschen derart an den Kopf geschlagen, dass ihm ganz schwarz vor den Augen wurde und das linke Ohr ganz rot und geschwollen war. Obwohl das bisher immer gesunde Kind sofort über heftigen Schmerz im Kopfe klagte, ging es an diesem und am nächsten Tage noch zur Schule, am 3. aber erbrach es 3mal und musste sich ins Bett legen. Früher lebhaft und munter, wurde es vom Tage jener Ohrfeige ab stiller und weinte öfters, klagte immer mehr und schlief unruhig. Am 11. III. zuerst ärztlich untersucht, fand sich bei dem über Kopfschmerzen klagenden. seit mehreren Tagen verstopften Kinde nur Mattigkeit. Am 13. III. matter Blick, eigentümlicher Glanz der Augen, öfters wechselnde Gesichtsfarbe, Temp. 38,4°. Am 14. III. mehrere Stunden Benommenheit, häufiges Stöhnen und Aufschreien, fortwährend Klagen über heftiges Kopfweh, apathisches und weinerliches Wesen, Herzaction manchmal etwas unregelmässig oder auch aussetzend, Atmung etwas ungleichmässig, Temp. 38,5°. Am 15. III. etwas besser, Pat. etwas ruhiger und schmerzfreier, Puls eher beschleunigt, Atemzüge zeitweise sehr tief und unregelmässig; beim Versuche, im Bette aufzusitzen, Schwanken und Zittern mit dem Oberkörper, Blick matt, trübe, Apathie gegen die Umgebung; Temp. 38,4°. So Zustand bis zum 23. III. mit geringen Schwankungen und trügerischen Scheinbesserungen, nur die Kräfte nahmen zusehends ab, die Temp. stieg (38,5—39°), der Unterleib zog sich deutlich kahnförmig ein, Puls zeitweise unregelmässig, dann wieder regelmässig und mässig verlangsamt, Atmung bald sehr oberflächlich und beschleunigt, bald sehr tief, Bewusstsein ziemlich frei, doch manchmal Irrereden. Vom 24. III. ab sichtliche Verschlimmerung: häufig stundenlange Benommenheit und Bewusstlosigkeit, leichte Zuckungen an den Extremitäten, Pat. griff häufig in die Luft herum oder zupfte am Bettchen, jammerte und stöhnte, magerte immer mehr ab, an den Beinchen

Digitized by Google

leichte spastische Erscheinungen, Temp. 38,5—39°, Pupillen manchmal weiter als normal und ungleich, Augen deviierten häufig nach oben. Das Bewusstsein schwand immer mehr und andauernder, bald vollkommenes Coma, auch kein Schlucken mehr möglich, Puls sehr frequent und klein. am 30. III. Exitus.

Die Section erhob: Meningitis tuberc. basilar., ausserdem fanden sich haselnussgrosse, mit käsiger Tuberkelmasse durchsetzte und teilweise central erweichte Bronchialdrüsen.

„Auch wir möchten uns der Zahl derer anschliessen, die nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Wahrscheinlichkeit annehmen, dass tuberculöse Gehirnhautentzündung bei prädisponierten Individuen, die mit latenter, älterer localisierter Tuberculose behaftet sind, durch Schlag, Stoss oder Fall hervorgerufen werden kann und im obigen Fall hervorgerufen ist," so meint A. und teilt noch mit, dass jener Attentäter wegen leichter Körperverletzung 7 Tage Haft bekam.

---

98) **Boden.** Ueber einen Fall von Meningitis serosa bei einem Abdominaltyphus, hervorgerufen durch Typhusbacillen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)

B. berichtete im Allgem. ärztl. Verein zu Köln (3. I. 99) über den während einer Typhusepidemie im Kölner Waisenhaus vorgekommenen Fall.

14jährige Waise, am 2. X. 98 ins Augusta-Hospital aufgenommen, nachdem sie vor 2—3 Tagen erkrankt war. Pat. bot ein von einem Abdominaltyphus der 1. Woche durchaus abweichendes Verhalten dar. Totale Benommenheit, Unfähigkeit zu stehen, Hyperästhesie des ganzen Körpers, Cyanose, sehr hohe Continua (40—41°). Am 4. X. ein schwerer epileptischer Anfall (Pat. litt früher nie an Epilepsie), nach welchem sich tiefer Sopor entwickelte, der nur zeitweise durch Aufschreien und Umherwerfen im Bett unterbrochen wurde. Dazu kam linksseitige Abducens- und Facialisparalyse, frühzeitiges Erlöschen der Pupillenreaction und der Patellarreflexe. Unter diesen Erscheinungen erfolgte bereits am 9. Krankheitstage (7. X.) der Exitus tetalis.

Die Obduction ergab einen frischen Abdominaltyphus am Ende der 1. Woche mit intensiver markiger Infiltration der Mesenterialdrüsen und der Peyer'schen Plaques in einer $2^1/_2$ m langen Partie des untersten Ileums und der Cöcalklappe. Die schweren, das ganze Krankheitsbild beherrschenden Cerebralerscheinungen fanden ihre Erklärung zunächst grob anatomisch, in einer Meningitis serosa. Beim Abheben des Schädeldaches floss eine beträchtliche Menge klaren Serums ab. In den Schädelgruben der Basis cranii sammelten sich nach Herausnahme des Gehirns ca. 10 ccm einer serösen, leich getrübten Flüssigkeit an. Die Gehirnhäute blank, das Gehirn von guter Consistenz, Ventrikel erweitert, ihr flüssiger Inhalt vermehrt, nirgends Heerderkrankungen.

Aus der Gehirn- und Ventrikelflüssigkeit entnahm B. sofort kleine Proben steril und legte damit Culturen an. Auf Blutserum, Gelatine, Kartoffeln und Bouillon wuchsen überall die gleichen Bacillen in Reincultur, die in allen Kriterien mit den echten Typhusbacillen übereinstimmten und mit Typhusserum stets die Gruber-Widal'sche Reaction (1:35—75) gaben.

In den 5 bisher publicierten Fällen von Meningitis typhosa handelte es sich stets um eitrige Flüssigkeit, nicht um seröse wie hier. Ein etwa erst in der Agone entstandenes acutes Hirnödem schliesst B. wegen der vorher schon bestehenden heftigen cerebralen Symptome aus, ist vielmehr der Ansicht, dass hier eine auf dem Blutwege zustande gekommene initiale Localisation der Typhusbazillen im Gehirn vorlag, aus welcher zunächst eine seröse Meningitis resultierte, die vielleicht, hätte Pat. länger gelebt, eitrig geworden wäre.

Digitized by Google

Jedenfalls ist der Fall geeignet, auf die vielleicht allzu einseitig von den Toxinen beherrschte ätiologische Auffassung der schweren cerebralen Formen, der Initialdelirien und Psychosen des Typhus einiges Licht zu werfen.

---

99) **L. Concetti.** Sopra un caso di atassia cerebellare post-tifica in un bambino.

(La Pediatria 1898 No. 8.)

Ein erblich nicht belasteter 4jähr. Knabe wies nach durchgemachtem schwerem Typhus schlaffe Paresen, besonders der unteren Extremitäten, auf, zeigte starke Ataxie beim Gehen, die bei Ruhelage fehlte, Patellarreflexe und Hautreflexe waren verschwunden; Pat. war reizbar geworden, die Intelligenz war in geringem Grade beeinflusst. Sensibilitätsstörungen fehlten, ebenso Spasmen und Atrophien.

Pat. kam erst nach 3jährigem Bestehen der Affection in Behandlung und wurde mit Jodkalium geheilt. C. nimmt multiple, am Kleinhirn localisierte Sclerose nach Typhus als Ursache der nervösen Störungen an. (Ob es sich nicht um Gumma handelte?)

---

100) **R. Cestan.** Hereditäres Muskelzittern.

(Le Progrès Méd. 7./1. 99. — Deutsche Medic.-Ztg. 1899 No. 18.)

Es handelte sich um einen 47 Jahre alten Arbeiter, dessen Vater bereits an Muskelzittern gelitten hatte, während die Mutter an einer Hirnapoplexie starb. 2 seiner Brüder waren ebenfalls mit dem Zittern behaftet und starben an Hirnapoplexie. Endlich zeigte der Sohn des Pat. gleichfalls das Zittern.

Im 10. Lebensjahre begann bei dem Kranken die langsame Ausbildung eines rechtsseitigen Spitzfusses mit Atrophie der Wadenmuskeln, und zwar bedingt durch spinale Kinderlähmung. In noch späterer Zeit hatte er ab und zu epileptische Anfälle. Das Spital suchte er erst auf, als die Anzeichen einer chronischen Nierenentzündung und beginnende linksseitige Spitzfussstellung ihn an der Arbeit hinderten. Man fand Tremor des ganzen Körpers, bestehend aus kleinen rhythmischen Oscillationen, welche stets vorhanden waren, sich bei beabsichtigten Bewegungen nicht steigerten und nur im Schlafe schwanden. Ausserdem bestanden noch blitzartige, klonische Zuckungen an den Muskeln des Rumpfes und der Gliedmaassen, während die des Kopfes frei waren. Die Zuckungen waren fibrillär, sodass man die Muskelbündel unterscheiden konnte. Ab und zu trat an den Oberschenkeln eine starke Contraction auf, sodass die Kniescheibe gehoben wurde. Diese klinischen Zuckungen waren nicht immer vorhanden, oft blieben sie Tage lang fort; Gemütserregungen, körperliche Ueberanstrengung, Excesse jeder Art riefen sie hervor. Trotz der Zuckungen war der Kranke an den beabsichtigten Bewegungen nicht gehindert, er arbeitete wie ein Gesunder. Im Schlafe schwanden auch diese Zuckungen. Abgesehen von der Nierenerkrankung bestand dann noch Vergrösserung des Herzens, ferner rechtsseitiger hochgradiger Spitzfuss mit Atrophie der Wadenmuskulatur und ein mässiger linksseitiger. Am Normalsystem sonst nichts Krankhaftes.

Der Kranke starb ziemlich plötzlich an Hirnapoplexie. Die Section ergab Arteriosclerose der Schädelgrundschlagadern, zahlreiche Blutergüsse im Grosshirn (so einer von 8 cm Länge in der Nähe des Linsenkerns) und endlich zahlreiche miliare Aneurysmen. Das Kleinhirn und verlängerte Mark erwiesen sich makro- und mikroskopisch als gesund. Auch die zahlreichen Schnitte des Grosshirns liessen mikroskopisch etwas Krankhaftes an den Ganglienzellen u. s. w. nicht erkennen. Das Rückenmark war bis auf eine Stelle in der Kreuzbeingegend gesund. Hier fand sich dort, wo das 1. Sacralnervenpaar abgeht, der Sitz der alten Spinal-

Digitized by Google

lähmung. Das rechte Vorderhorn war verschmälert, die Zellen geschwunden, auch die vorderen Wurzeln waren verdünnt und ihre Nervenfasern durch Bindegewebe ersetzt. Das linke Vorderhorn zeigte ebenfalls beginnende Sclerose.

Der Fall hat in verschiedener Beziehung Interesse.

1. Er ist ein Beispiel für die zuerst von Dieulafoy 1876 behauptete Heredität der Hirnblutungen. Ferner existierten Arteriosclerose und Aneurysmenbildung nebeneinander, die sich also nicht, wie Charcot und Bouchard meinen, ausschliessen.

2. Es bestand hereditäres Muskelzittern, wie es zuerst 1872 Fernet beschrieb.

3. Neben dem Zittern bestand noch Myoclonus, allerdings nicht in hohem Grade. Die Untersuchung des Gehirns gab für die Entstehung beider keinen Anhalt.

4. Eigentümlich war die Entwickelung und der Verlauf der Spinalerkrankung; sie begann ohne Fieber, ohne Lähmungserscheinungen und verlief chronisch, nur die rechtsseitige Spitzfussstellung und Atrophie der Wadenmuskeln hervorrufend.

---

101) **P. Haushalter.** Trois nouveaux cas d'amyotrophie progressive dans l'enfance.

(Revue de Méd. 1898, Juin. — Neurolog. Centralblatt 1899 No. 4.)

Mitteilung dreier Fälle von progressiver Muskelatrophie im Kindesalter. Der erste betraf ein 7jähr. Mädchen, deren Erkrankung im wesentlichen dem sog. Type facio-scapulo-huméral (Landouzy-Dejerine) entspricht. Er stand in der Familie völlig vereinzelt. Die ersten Erscheinungen machten sich im 5. Lebensjahre (im Anschluss an Masern) bemerkbar. Auffallend war die starke Mitbeteiligung der Wadenmuskeln. In den Gesichtsmuskeln konnte Entartungsreaction nachgewiesen werden. Im zweiten Falle handelte es sich um ein 5jähriges, hereditär belastetes (Vater litt gleichfalls an progressiver Muskelatrophie) Mädchen, bei dem hauptsächlich die Muskeln der Waden, die Sacrolumbales, Glutaei, ferner Schulterblattmuskeln, Pectorales, Serrati ant. maj. und Triceps afficiert waren. Der dritte Fall entsprach am meisten der von Hoffmann beschriebenen spinalen progressiven Amyotrophie im Kindesalter mit anfänglicher besonderer Beteiligung der Muskeln des Beckens, der Lendengegend und des Oberschenkels, während später auch die Schultermuskeln, Vorderarme, Hände, Füsse u. s. w. befallen wurden. Bei der 2jährigen Patientin waren hauptsächlich die zuerst genannten Muskelgebiete ergriffen, wobei die Atrophie durch eine ziemlich starke Lipomatose verdeckt war. Heredität nicht vorhanden, keine fibrillären Zuckungen, Patellarreflexe fehlen.

---

102) **H. Meige.** Hereditäre ödematöse Dystrophie.

(Presse méd. 1898 No. 102. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)

Es handelt sich hier um eine besondere Art von Oedem, welche bei mehreren Gliedern einer Familie und während mehrerer Generationen beobachtet worden ist. 8 Personen derselben Familie,

Digitized by Google

auf 4 Generationen verteilt, männlich und weiblich, von welchen 5 noch am Leben sind, waren mit der gleichen merkwürdigen Affection behaftet; chronisches hartes Oedem, zur Zeit der Pubertät eintretend, bald nur Füsse und Unterschenkel, bald die ganze Unterextremität befallend. Die Affection schreitet stets von unten nach oben progressiv fort, macht entweder am Knie oder Hüftgelenk halt, verläuft schmerz- und fieberlos, ist ohne Einfluss auf das Allgemeinbefinden und kann bis zum vorgerückten Alter bestehen bleiben.

M. nimmt als Ursache der Anomalie eine Abnormität des Gefässbindegewebssystems der Unterextremitäten infolge congenitaler Alteration der entsprechenden trophischen Centren an und nennt diese Trophoneurose „Trophödem“.

---

103) **Geipel.** Ein Fall von angeborenem Mangel der Muskeln der oberen Extremitäten und Schultern.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

Bei Gelegenheit der Wiederimpfungen entdeckte G. ein Skelettmädchen. Dem von gesunden Eltern abstammenden und gesunde Geschwister besitzenden Kinde fehlen eigentlich alle Muskeln der beiden oberen Extremitäten, selbst die der Schultern und Scapula: Deltoideus, Supra- und Infrascapularis, Serratus major, Pectoralis major, Biceps, Triceps, Brachialis. Das Mädchen kann sich natürlich nicht selbständig an- und ausziehen, schreiben kann es nur unter Zuhilfenahme beider Hände, indem die geringen Beuger der linken Hand die Feder fassen, während die fehlenden Extensoren ersetzt werden durch die rechte Hand, welche den genügenden Widerstand leistet. Die Hände stehen in Beugungscontractur als Typus der Manus vara. Die rechte untere Extremität zeigte ebenfalls Nichtentwickelung der Muskulatur von Geburt an, es besteht auch Pes equinus. Die Intelligenz des Kindes ist normal.

---

104) **J. K. A. Wertheim-Salomonson.** Die Adductorenhautfalte bei Kinderlähmungen.

(Neurolog. Centralblatt 1899 No. 1.)

Bei gut genährten jungen Kindern findet man regelmässig an der Innenseite des Oberschenkels, 3—4 cm unterhalb des Perineums, eine Hautfalte, die W. „Adductorenhautfalte“ benennt. Auch bei älteren Kindern, sogar bei Erwachsenen zeigt sich diese Hautfalte, wenn auch weniger deutlich ausgeprägt, als eine seichte Einsenkung an dem Umriss des Oberschenkels, wenn man denselben von der Vorderseite betrachtet. An einem präparierten Oberschenkel ersieht man sogleich, dass die betreffende Grube sich an der Stelle befindet, wo die Adductoren unter den M. sartorius und Quadriceps verschwinden, und die folglich übereinstimmt mit der Kreuzungsstelle des Oberrandes des M. sartorius mit den Adductoren. Bei musculösen Männern ist die Einsenkung deutlich sichtbar, weniger bei Weibern

Digitized by Google

mit derbem Fettpolster. Vergleicht man die Localisation der Adductorenhautfalte bei Erwachsenen und bei Säuglingen mit einander, so zeigt sich dieselbe bei diesen in $^3/_4$—$^2/_3$ der Höhe des Oberschenkels, während dieselbe bei jenen kaum die halbe Höhe des Oberschenkels erreicht. Ist nun wirklich die Grube bei Erwachsenen aus der Hautfalte bei Säuglingen hervorgegangen? Diese Frage muss bejahend beantwortet werden, weil bei den Vergleichungen verschiedener Kinder verschiedenen Alters die Hautfalte immer um so tiefer steht, je älter die Kinder sind. Der Höhenunterschied ist bei Säuglingen und Kindern, die schon herumgehen, ziemlich gross, wird bei älteren Kindern aber immer kleiner. Zur Erklärung dieses Herabsinkens der Adductorenhautfalte dürfte die veränderte Function der Extensoren in Betracht zu ziehen sein, sowie die Wachstumszunahme des Oberschenkels. Bei Säuglingen und im allgemeinen bei Kindern, die noch nicht gehen können, besteht ein physiologisches Uebergewicht der Adductoren und des Ileopsoas über den Quadriceps. Die Kinder liegen mit aufgezogenen Knieen. Eine Ruhelage mit gestreckten Beinen sieht man erst längere Zeit nachdem die Kinder zu gehen angefangen haben. Sogar im Pubertätsalter schlafen viele Kinder noch mit aufgezogenen Beinen. Vergleicht man die Kraft der Adductoren, Beuger und Strecker des Beins, sowohl bei jungen, wie bei älteren Kindern unter einander, so zeigt sich die Extension im Kniegelenk weniger kräftig, als die Beugung im Hüftgelenk, wenigstens bei Säuglingen. Im Alter von 4 Jahren, ja vielfach schon früher, ist der Quadriceps stets den anderen Muskeln überlegen. Verhältnismässig sind die Adductoren des jüngeren Kindes leistungsfähiger als die des älteren, wenn man die Beinstrecker als Vergleichungsobject bei der Prüfung heranzieht: das Wachstum des Oberschenkels verursacht ausserdem, dass die Adductoren später einen ungünstigeren Angriffspunkt erhalten.

Bei Kinderparalysen, spinalen wie cerebralen, welche die Function der Adductoren und Beinstrecker beeinträchtigen, findet man stets eine Form- und Lageveränderung der Adductorenhautfalte. Sind die betreffenden Muskeln, speciell die Adductoren — denn diese bedingen nach W.'s Ansicht hauptsächlich das Zustandekommen der ganzen Erscheinung — gelähmt von einer Poliomyelitis, dann erscheint die Falte oberflächlicher, als an der gesunden Seite, und steht auch tiefer (1—3 cm). Bei cerebralen Paralysen frischen Datums sah W. nur undeutliche Symmetrie, schon vier Wochen nach Entstehung der Lähmung zeigt sich jedoch mit ziemlich grosser Constanz folgende typische Aenderung der Falte: dieselbe ist etwas nach aufwärts verschoben, und manchmal erscheint eine zweite, seichte, tiefer gelegene Falte. Die Verschiebung der Adductorenfalte ist sehr constant, beträgt aber meist nur 5—10 mm. W. sah auch 2 mal ein Tieferwerden der Hautfalte ohne Verschiebung und mit Bildung einer niedriger stehenden Falte. Die neue Falte wird nur vereinzelt beobachtet; sie ist zuviel abhängig von der Entwickelung des Fettpolsters und im allgemeinen nur bei sehr gut genährten Kindern deutlich ausgeprägt. In den betreffenden Fällen findet man stets einen erheblichen Spasmus der Adductoren, wie solches aus der directen Betastung und dem Verhalten der passiven Beweglichkeit hervorgeht. Die Genese der tiefer gelegenen secundären Hautfalte

Digitized by Google

ist W. nicht recht klar. Dieselbe dürfte zusammenfallen mit der Stelle, an welcher der Unterrand des spastischen M. sartorius sich über den Vastus intern. und medius nach der Innenseite des Oberschenkels umschlägt.

Die eben mitgeteilten Erscheinungen sind im allgemeinen nur bei sehr jungen Kindern deutlich zu sehen, wenigstens das Tieferstehen der Adductorenhautfalte bei spinalen Paralysen. Die Veränderung bei den cerebralen spastischen Lähmungen ist auch bei älteren Kindern, bis 5 oder 6 Jahre, meistens deutlich vorhanden.

---

105) **R. Sesice.** Case of acute ascending or Landry's paralysis.

(Glasgow med. journ. Decemb. 1898. — Neurol. Centralblatt 1899 No. 5.)

Bei einem 14jähr. Knaben, der sich einer Erkältung ausgesetzt, begann die Krankheit mit Kältegefühl, Schwäche in den Beinen, Schwierigkeit der aufrechten Haltung. Während des ganzen Verlaufs kein Fieber. Zunächst wurde dann das Fehlen des Patellarreflexes und die Bildung einer trophoneurotischen Zone in der Lumbalregion (Bläschenbildung) bemerkt. Obstipation. Blasenfunction erhalten. Die motorische und sensorische Paralyse stieg in 12 Tagen bis zur 6. Rippe aufwärts, befiel dann auch die oberen Extremitäten. Alle Reflexe der betroffenen Partien fehlen. Kältegefühl, Doppeltsehen (ohne Strabismus), Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit.

Bei Behandlung mit dem galvanischen Strom, Massage, Muskelübungen, Ergotin, Brom, Jod, Cascara Sagrada, Antipyrin völlige Wiederherstellung. S. hält die Krankheit für eine periphere Neuritis, durch ein Toxin hervorgerufen.

---

106) **Jaworski.** Ein Fall von Facialislähmung bei einem Säugling.

(Gazeta lekarska 1898 No. 53. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 6.)

Ein 12monatliches, sonst kräftiges und gesundes Kind soll seit 2 Tagen beim Saugen Schwierigkeiten haben. Kein Fieber, Puls 85, keine Zeichen von Rhachitis, Panniculus adiposus gut entwickelt, Brust- und Bauchorgane normal, Pupillen gleich weit, keine auffallende Asymmetrie des Gesichts; erst beim Weinen stellt sich der linke Mundwinkel tiefer, Nase und Kinn weichen etwas nach rechts ab, was noch deutlicher beim Saugen hervortritt, also offenbar doch linksseitige Facialislähmung. Die weitere Beobachtung ergiebt, dass das linke Auge im Schlaf sich nicht vollkommen schliesst; später trat auch in wachem Zustande deutlicher Lagophthalmus und Thränenfluss auf. Die elektrische Prüfung zeigte Herabsetzung der Erregbarkeit für faradischen, normale Reaction für galvanischen Strom. Nach dreiwöchentlicher Faradisation Verschwinden der Affection, die J. durch Zugluft veranlasst glaubt.

Digitized by Google

107) E. Hagenbach-Burckhardt. Doppelseitige Abducens- und einseitige complete Facialislähmung.

(Aus dem Kinderspital zu Basel.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 1.)

Von Procopovici sind aus der Fuchs'schen Klinik 6 derartige Fälle beschrieben worden, sämtlich angeboren. Auch H. beobachtete einen ähnlichen Fall, der aber nicht sicher als angeboren bezeichnet werden konnte.

4jähr. Kind, von gesunden Eltern stammend; eine Schwester von 8 Jahren an „Gehirnentzündung" gestorben. Pat. wurde 3—4 Wochen zu früh geboren. Mit 4 Wochen Beginn einer acuten fieberhaften Krankheit mit Erbrechen, Diarrhoe, Convulsionen, Nackenstarre, Opisthotonus. Von dieser Krankheit, die 8 Wochen gedauert haben soll, blieben die genannten Lähmungen zurück.

Status beim Eintritt (9. VI. 98): Linke Stirnhälfte glatter als rechts. Lagophthalmus. Nase nach rechts verschoben, Nasolabialfalte verstrichen. Linker Mundwinkel bedeutend tiefer als rechts. Bei allen mimischen Bewegungen bleibt die linke Seite des Gesichts unbeweglich und zeigt eine leichte Atrophie. Hochgradiger Strabismus convergens. Doppelseitige Abducenslähmung. Pupillenreaction beiderseits normal, Augenhintergrund ebenfalls. Die electrische Untersuchung ergiebt vollständig fehlende Erregbarkeit für den faradischen und den galvanischen Strom. Sonstige Veränderungen fehlen durchaus.

Es scheint also hier das Leiden extrauterin entstanden zu sein, durch eine Ursache, die in Beziehung stehen muss zum Abducens- und Facialiskern. Möbius fasst alle diese Lähmungen, angeborene oder in frühester Jugend entstandene, die das Gebiet der Augenmuskelnerven allein oder gleichzeitig das des Facialis befallen, unter dem Namen „infantiler Kernschwund" zusammen.

---

108) K. Baas. Cerebrale Amaurose nach Blepharospasmus.

(Aus der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. Br.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 4.)

Am 26. VI. 96 wurde ein ca. $2^1/_2$jähr. Knabe mit ausgesprochen scrophulösem Habitus eingebracht, der wegen ausgebreiteten Kopf- und Gesichtsekzems bis dahin in Behandlung der dermatolog. Abteilung gestanden hatte. Da auch die Lider beider Augen von der Krankheit ergriffen waren, und heftiger, andauernder Lidkrampf bestand, welcher die Beobachtung der Bulbi behinderte, sollte eine oculistische Untersuchung stattfinden. Dieselbe ergab nun auf beiden Augen phlyctänuläre resp. pannöse Keratitis. Unter gleichzeitiger Behandlung der Haut- resp. Liderkrankung und der Augenentzündung trat im Laufe der nächsten Wochen Besserung ein; jedoch blieb der Lidkampf nahezu unverändert, und die Augen wurden fast immer geschlossen gehalten. Da die Lidspalte eine gewisse Enge aufwies, welche als der Abheilung des Processes ungünstig aufgefasst wurde, führte B. am 24. VIII. eine doppelseitige Kanthoplastik aus. Dadurch trat bleibende Erweiterung jener ein, die Reizung der Augen ging ziemlich rasch zurück, sodass sie nunmehr auch spontan sich öffneten. Jetzt wurde aber bemerkt, dass das Kind nicht sah; es sass meist still oder lief an den Stühlen tastend umher, konnte sich im Zimmer nicht zurechtfinden und machte überhaupt einen blöden, teilnahmslosen Eindruck. Die nach Ablauf aller Entzündungszustände genauer vorgenommene Augenuntersuchung ergab leichte Maculae corneae; die Pupillen, ohne Verwachsung, reagierten auf Lichteinfall; die Papillen liessen eine grosse physiologische Excavation erkennen, jedoch nichts von Atrophie oder sonstigen Augenhintergrundsveränderungen. Das Kind aber, das vor seiner Erkrankung stets gut gesehen und fröhlich, frisch wie andere Kinder gewesen, war jetzt blind und geistig stumpf. So blieb es auch bis zu dem am 14. I. 97, wenige Tage vor Ablauf des 3. Lebensjahres erfolgenden Tode an Bronchopneumonie. Bei der Section wurde im Auge nichts Wesentliches gefunden, und auch das Gehirn erwies sich makro- und mikroskopisch als intakt.

Digitized by Google

Amaurose nach Blepharospasmus ist den Augenärzten nicht fremd, wenn auch die Zahl der Beobachtungen nicht gross ist. Meist handelte es sich um temporäre Erblindungen, bei welchen nach Ablauf mehrerer Wochen oder Monate wieder ein Sehvermögen sich einstellte, wie es dem sonstigen Zustand des Auges entsprach. Gemeinsam ist allen Beobachtungen der wochen- bis monatelang dauernde Verschluss der Augen infolge Blepharospasmus. Nur bei einem Teil der Kinder war anfänglich vollkommene Amaurose vorhanden. Die Rückbildung einer solchen dauerte verschieden lang — 5 Tage waren der geringste Zeitraum, nach welchem bei gänzlichem Mangel an Sehvermögen wenigstens der Lichtschein zurückkehrte; meist dauerte es Wochen, bis eine solche geringste Wahrnehmung eintrat, und von dieser Stufe aus vergingen auch wieder in der Regel Wochen, ja Monate, bis das überhaupt mögliche Sehvermögen erreicht war — und ging auch recht verschiedenartig von statten, indem das Sehen der Kinder sich meist in recht eigenartiger Weise wieder einstellte.

Meist war nach Ablauf der Reizerscheinungen ein Mindestmaass von Lichtempfindung vorhanden, sodass hell und dunkel unterschieden werden konnte. Mehrfach wurde nun beobachtet, dass zunächst eine grelle Beleuchtung als geradezu unangenehm empfunden wurde: die Kinder öffneten nur im Halbdunkel die Augen. In einigen Fällen wurden in der ersten Zeit auch grosse Objecte nicht wahrgenommen: das Kind wich einem im Wege stehenden Menschen, einem Stuhle nicht aus. Nach einiger Zeit werden grössere und hellere Gegenstände besser gesehen, auch fixiert, Personen wird ausgewichen, ein auf den Boden gelegter Ball wird ohne längeres Tasten aufgehoben, es wird nach Schlüsseln, Uhren etc. gegriffen. Vielfach ist aber doch noch ein eigentliches Erkennen, ein psychisches Erfassen des Gesehenen nicht vorhanden: die Gesichtseindrücke können nicht verwertet werden. Die Gegenstände werden falsch bezeichnet, eine Orientierung im Raume ist immer noch nicht möglich. Hält man ein Ding dem Kinde vor, so wird der Ort desselben nicht richtig aufgefasst, es wird daneben, nach einer ganz anderen Richtung gegriffen. Die Pat. bieten ein blödes Wesen dar. Zuerst langsamer, später rascher wird das Hin- und Herbewegen, z. B. einer Lampe, mit den Augen verfolgt; dass dabei das Sehen mit der Netzhautmitte überwiegt, ja fast allein vorhanden zu sein scheint, geht daraus hervor, dass die vorgehaltenen Gegenstände nicht gesehen werden, wenn sie zuerst in die seitlichen Teile des Gesichtsfeldes gehalten oder aus dem Bereich der centralen Fixation rasch in dieselben hinübergeführt werden. Erst allmählich verliert sich diese Erscheinung, und damit stellt sich bessere Orientierung ein. Was die vorgehaltenen Dinge aber sind, die vor der Erkrankung wohl bekannt waren, wie man sie nennt, was mit ihnen gemacht wird, das wird noch immer nur von einem Teil der Pat. richtig angegeben. Allmählich wird das Sehen immer besser, die Apperception normaler, womit Hand in Hand geht eine Aenderung im psychischen Verhalten: das Kind wird wieder aufgeweckter, fröhlicher, und bald erscheint es ganz normal.

Woher kommt nun der ganze Zustand? Von organischen Veränderungen jedenfalls nicht, denn solche werden stets vermisst, es kann nur eine centrale Ursache vorliegen. Verschiedene An-

Digitized by Google

sichten wurden kund, bald aber widerlegt. Am meisten sprach noch die von Leber an: Unter dem Einflusse des langdauernden Verschlusses der Lider haben die Kinder den Gebrauch ihrer Augen verlernt und leiden nun an einer Art von doppelseitiger Amblyopie aus Nichtgebrauch; dabei handele es sich um einen centralen Sitz der Störung, bei welcher der ganze psycho-physische Mechanismus, welcher zur Exclusion der Augen von deren Gebrauch zur Wahrnehmung äusserer Gegenstände führt, in Betracht komme; diese Exclusion ist ein actives Unterdrücken, ein absichtliches Abwenden der Aufmerksamkeit von den nur unangenehme Eindrücke erregenden Gesichtsempfindungen. Gegen diese Ansicht wandte sich Silex, besonders gegen die „Amblyopie aus Nichtgebrauch"; falls es sich um ein „Verlernthaben des Sehens" handle, so müsse doch auch beim Wiedererlernen eine Aehnlichkeit mit der Art und Weise bestehen, wie Neugeborene den Gebrauch ihres Gesichtssinnes ausbildeten, was aber nicht der Fall sei; auch „Seelenblindheit" könne nicht vorliegen, da einerseits die Kinder eine Zeit lang gar nichts sähen, während der Seelenblinde Sehempfindungen hat, andererseits wieder optische Erinnerungsbilder vorhanden seien, die wieder beim Seelenblinden fehlten. So kommt Silex zum Schlusse, dass es sich in einem Teil der Fälle um den Zustand handeln könne, den Munk als „Rindenblindheit" bezeichnet, für welche das Fehlen einer Gesichtsempfindung unter gleichzeitigem Vorhandensein von optischen Erinnerungsbildern charakteristisch ist; im allgemeinen könne man aber jene Sehstörungen nicht unter bekannte Krankheitsbilder unterbringen und in ihrem Wesen nicht erklären, man könne nur sagen, dass es sich um ein functionelles, cerebrales Leiden handle, das sich in eigentümlicher Weise kundgäbe.

Mit dieser Ansicht erklärt sich auch B. einverstanden, nur glaubt er, die Einreihung in bestimmte Krankheitsbilder, wie sie eben bei Erwachsenen zum Ausdruck kommen, sei deshalb unmöglich, weil man es hier mit kleineren Kindern zu thun hat, bei denen eine scharf umschriebene Krankheitsform kaum zu erwarten ist. Sind doch bei denselben noch nicht einmal die normalen anatomisch-physiologischen Verhältnisse und Functionen der nervösen Organe so ausgebildet und festgelegt, wie das später der Fall ist, sodass auch keine pathologischen Typen entstehen können, wie bei älteren Individuen, wo jeder Teil des Gehirns eine fertige Gestaltung besitzt, an die genau eine gewisse Thätigkeit geknüpft ist. Auch bei Kindern werden wohl gewisse somatische Veränderungen der Nervenbahnen und -Zellen vorhanden sein, vielleicht nur so geringgradige, dass sie mit unseren Methoden nicht nachweisbar sind; sie mögen in den einzelnen Fällen verschiedene Intensität, Modalität, Localisation aufweisen, woraus sich die Verschiedenheit der dort an Rinden-, hier an Seelenblindheit u. s. w. erinnernden Symptome, des Ablaufes und der Art der Heilung erkläre. Ungleich tief mag die Perceptionsfähigkeit der anatomischen Elemente gesunken sein, ungleich tief die Empfindung, welche der Lichteinfall hervorruft, unter der Schwelle des Bewusstseins stehen. Danach muss sich natürlich auch die Schnelligkeit richten, mit der der geringste, zum Bewusstsein kommende Thätigkeitsgrad erreicht wird, von welchem aus dann, hier schneller, dort langsamer die weitere Vervollkommnung

Digitized by Google

eintritt. Es ist nicht unverständlich, dass nun alte Erinnerungsbilder wieder an die Oberfläche emportauchen, nachdem die nötigen anatomisch-physiologischen Grundlagen von Neuem, wenn auch erst in geringem Grade functionsfähig geworden sind. Die Kinder haben also in der That das Sehen verlernt, aber ein anfänglich bewusster, absichtlich eingeleiteter Vorgang, wie Leber meint, liegt dem nicht zu Grunde. Reflectorisch stellt sich der Lidkrampf ein; infolge der durch den Trigeminus zugeführten schmerzhaften Reize, wie auch der durch den Opticus weitergeleiteten unangenehmen Gesichtsempfindungen wird er immer wieder von Neuem hervorgerufen, bleibt schliesslich bestehen. Notgedrungen entwöhnt sich das Kind von dem ihm unliebsamen Gebrauche seines Sehorgans, statt dessen seine anderen Sinne ausbildend; am Ende kommt es dann dazu, dass es sogar bei offenen Augen die Gesichtsempfindungen „übersieht“, was um so leichter möglich ist, als der Sehact noch nicht so gefestigt ist, als bei Erwachsenen. Erst später, wenn die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen geschwunden sind, vermögen die Seheindrücke wieder die Aufmerksamkeit zu fesseln. Ein Vergleich mit dem Sehenlernen des Neugeborenen, wie Silex ihn fordert, ist nicht möglich; man bedenke den mit der Altersdifferenz zusammenhängenden Unterschied der Organisation, besonders in den nervösen Teilen, das Ueberstehen einer Krankheit mit ihren körperlichen und seelischen Einwirkungen, sowie dass vorher schon eine gewisse Stufe der Ausbildung erreicht war! Wenn das Neugeborene bereits am 1. Tage den Kopf nach dem Hellen hinwendet, das ältere Kind erst nach mehreren Tagen, sogar Wochen dies wieder thut, so erklärt sich das so, dass jenem das Licht nur Lustgefühle, diesem aber mindestens unangenehme Erinnerungen erregt. Hat letzteres aber erst das Sehen wieder als etwas Angenehmes empfunden, so geht sein psycho-optisches Erlernen, resp. Wiedererlernen rascher von statten, als bei ersterem, da körperliche und geistige Bedingungen doch besser liegen, insbesondere die nervösen Bahnen und Centren schon ausgebildet, eingefahren, und nicht mit irgendwie ins Gewicht fallenden Störungen behaftet sind. Die früher etwa nur unter die Bewusstseinsschwelle gesunkenen optischen Erinnerungsbilder und Vorstellungen können schneller wieder auftauchen und benutzt werden; daher macht das ältere Kind raschere Fortschritte, deren ungleichmässiges, öfters sogar sprungweises Tempo unserer Auffassung keine Schwierigkeiten bereitet.

---

109) **H. Cramer.** Der Argentumkatarrh des Neugeborenen.

(Aus der kgl. Univers.-Frauenklinik zu Bonn.)

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 9.)

Durch die genauen Umfragen, die Cohn zum Zweck seiner Sammelforschung 1896 veranstaltet hatte, war das Interesse für die Frage des Credéisierens bei Gynäkologen und Ophthalmologen wieder einmal neu belebt worden. Die Folgerungen, welche Cohn aus seinen Untersuchungen gezogen hat, sind im wesentlichen zweierlei Art: Erstens konnte er aus einem grossen Zahlenmaterial den Nachweis führen, dass die Morbidität an Blennorrhoea neonatorum seit der

Digitized by Google

Einführung des Credé'schen Verfahrens erheblich nachgelassen hat, dass diese Erkrankung aber immerhin noch ziemlich häufig auftritt, sodass eine energische Prophylaxe geboten erscheint. Zweitens betont er ausdrücklich die absolute Unschädlichkeit des Verfahrens, gestützt auf die Beglaubigung zahlreicher Ophthalmologen und Directoren von geburtshilflichen Kliniken. Die „wenigen“ Fälle, in denen eine starke Reaction auf die Argentumeinträuflung eintrat, werden stets einer mangelhaften, nicht genau der Credé'schen Vorschrift entsprechenden Technik zur Last gelegt.

Es ist indessen eine merkwürdige Thatsache, dass gerade die Frage des Argentumkatarrhs bisher niemals in exacter Weise durch genaue Beobachtungen an grösserem Material untersucht worden ist. Um zu wissen, ob und wie das Auge des Neugeborenen auf die Credé'sche Einträufelung reagiert, genügt es nicht, ein Urteil nach einem allgemeinen Eindruck abzugeben. Der Ophthalmologe ist hier deshalb nicht competent, weil er die mit Argentum prophylaktisch behandelten Neugeborenen nicht zu Gesicht bekommt. Aus diesem Grunde haben sich auch bei der Cohn'schen Umfrage viele Ophthalmologen eines Urteils in dieser Beziehung enthalten. Um so wichtiger ist die Aeusserung eines Augenarztes, Dr. Hosch, der durch Zufall an einer Reihe von 100 Neugeborenen die Folgen der Argentumätzung zu sehen bekam. Er schreibt, er sei erschreckt durch die vielen recht heftigen Conjunctivitiden mit schleimig-eitriger Secretion.

Von Seiten der klinischen Geburtshelfer, die in erster Linie zu exacten Untersuchungen über den Argentumkatarrh des Neugeborenen berufen sind, liegen jedoch eingehende Berichte nicht vor. Gerade daraus erklärt es sich wohl, dass hier die Ansichten sehr weit auseinander gehen. So schreibt Leopold: „Die sogenannte künstliche Conjunctivitis nach der Argentumeinträuflung ist eine Phantasie oder beruht darauf, dass Credé's Verfahren nicht ganz genau nach seinen Vorschriften ausgeführt ist.“ Dem gegenüber heben Küstner und Keilmann die nach der Einträuflung „stets eintretende Reaction hervor, die sich als oft nicht unbeträchtliche Schwellung, eitrige Secretion, kurz als ausgesprochener Conjunctivalkatarrh darstellt“.

Es erscheint bei diesen Controversen geboten, die Frage des Argentumkatarrhs einer exacten Prüfung zu unterziehen. Eine ganze Reihe wichtiger Punkte sind hier zu entscheiden. Es muss zunächst durch Reihenbeobachtungen bei einer einheitlichen Technik des Einträufelns untersucht werden, ob und wie lange das Auge reagiert. Zweitens entsteht die Frage, wie es sich erklärt, dass bei einer einheitlichen Technik die einzelnen Kinder so verschieden intensiv reagieren. Drittens muss festgestellt werden, ob und wie lange der Argentumkatarrh ein aseptischer sei, d. h. von welcher Zeit ab Bakterien im Secret nachweisbar sind, und welche Bakterien etwa zur weiteren Unterhaltung der Secretion beitragen.

Als Material zur Beantwortung der angedeuteten Fragen dienten C. 300 mit Argentum behandelte Neugeborene, die er in der Zeit vom 1. April bis 1. November 1898 in der geburtshilflichen Station zu beobachten Gelegenheit hatte. In einer fortlaufenden Reihe von 100 Kindern ist speciell der klinische Verlauf des Argentumkatarrhs genau beobachtet und täglich notiert. Die Technik der Einträuflung war in allen Fällen folgende: Nachdem ein Tropfen einer 2 %igen

Digitized by Google

Argentum nitricum-Lösung dem auf dem Rücken liegenden Kinde in den inneren Augenwinkel getropft war, wurden die Augenlider auseinander gezogen und durch Seitwärtsneigen des Kopfes die Argentumlösung auf das Auge geleitet. Durch Schliessen und Oeffnen der Lider wurde die Lösung im Conjunctivalsack verteilt und dann das Auge und seine Umgebung mit trockener Watte abgewischt. Ahlfeld hat diese Methode schon im Jahre 1884 angewendet.

Die Conjunctivalschleimhaut des Neugeborenen reagierte nun bei der angewandten Methode der Einträufelung in jedem Falle mehr oder weniger. Die Reaction äusserte sich in einfacher Schwellung und Rötung der Schleimhaut bis zu dem Bilde einer heftigen, schweren Conjunctivitis oder besser Blennorrhoe, mit Secretmassen, die die Kopfunterlage des Kindes durchnässten. In der genau notierten Reihe von 100 Fällen befinden sich nur 4!, bei denen eine Secretion vermisst wurde und nur Rötung und Schwellung der Schleimhaut nachweisbar war. Die übrigen 96 zeigten mehr oder weniger starke Secretion. In 73 Fällen war die Secretion bis zum 5. Lebenstage vollständig verschwunden und der Argentumkatarrh spontan abgeheilt. In den übrigen 27 Fällen zog sich die Secretion weiter als bis zum 5. Lebenstage hin. Unter diesen äusserte sich bei 11 Kindern eine Secundärinfection in einem deutlichen Aufflackern des fast abgeheilten Katarrhs. Alle diese Secundärkatarrhe waren gutartig und heilten unter Borsäurewaschungen ab.

Dass die Intensität der Reaction davon abhänge, ob man 1 oder 2 Tropfen Argentumlösung ins Auge giebt, glaubt C. mit Bestimmtheit von der Hand weisen zu müssen. 1 Tropfen findet eben so wenig Platz im Conjunctivalsack des Neugeborenen wie 2 oder mehr. Die Aetzwirkung ist gegeben durch die Concentration der Lösung. C. gab in mehreren Fällen 2 Tropfen und fand in dem Grad der Reaction gar keinen Unterschied gegenüber den anderen Kindern. Man könnte die Aetzwirkung höchstens dadurch vergrössern, dass man mehrmals hintereinander ätzt. Woraus erklärt sich aber die Verschiedenheit der Reaction? Dass dieselbe nicht ohne Weiteres von der Körperentwickelung des Kindes abhängt, lehrt die Zusammenstellung mit dem Anfangsgewicht. Allerdings schienen frühgeborene Kinder unter 2000 g besonders empfindlich zu sein. Nun ist es eine Thatsache, dass die Urethralschleimhaut des Erwachsenen gerade gegen Argentum bei verschiedenen Individuen eine ausserordentlich verschiedene Empfindlichkeit besitzt. Dasselbe könnte man für die Conjunctivalschleimhaut des Neugeborenen annehmen. Indessen glaubt C., dass ein anderer Umstand das verschiedene Verhalten gegen die Argentumeinträufelung genügend zu erklären vermag. Es ist auffallend, dass bei Gesichts- und Vorderhauptslagen und nach Zangenentbindungen die Reaction der Conjunctiva auf den Argentumtropfen oft eine enorme ist. Offenbar giebt in diesen Fällen die Alteration der Conjunctivalschleimhaut, die sich schon im Zustand der Hyperämie und ödematösen Durchtränkung befindet, den günstigen Boden für die starke Reaction. Sieht man doch oft z. B. nach der Zange am 1. oder 2. Lebenstage ein Oedem des Augenlides sich entwickeln. Es lag nun nahe, die Conjunctivalschleimhaut des Neugeborenen auch nach normalen Geburten auf ihren Zustand zu untersuchen. Hierbei wurde C. durch die Thatsache überrascht, dass nach jeder Geburt

Digitized by Google

sich die Conjunctivalschleimhaut in einem mehr oder weniger alterierten Zustand befindet. Immer sind die Blutgefässe der Conjunctiva bulbi sehr stark injiciert; die Schleimhaut ist hyperämisch, etwas geschwollen, in manchen Fällen, namentlich bei protrahierten Geburten bei engen Geburtswegen auch ödematös. Trifft die 2 %ige Argentumlösung auf eine derartige Schleimhaut, so ist die Reaction natürlich eine heftige. So z. B. war die Eiterung eine colossale in 2 Fällen, in denen die Kinder mit etwas ödematösem, ectropioniertem oberen Augenlid zur Welt kamen. Hieraus erklärt es sich auch, dass in den späteren Lebenstagen, wenn normale Verhältnisse sich hergestellt haben, die Reaction der Schleimhaut auf Argentumeinträufelung nur gering ist. Bei Spätblennorrhoe des einen und prophylaktischer Argentumbehandlung des anderen Auges konnte C. dies feststellen.

Die Dauer der Secretion ist nun nicht einfach abhängig von der anfänglichen Stärke derselben. Sehr heftige Reactionen heilten in 2 mal 24 Stunden ab, mässige oder geringe zogen sich bis über den 5. Tag hinaus. Es hängt dies offenbar auch ab von der in den ersten Lebenstagen eintretenden Besiedlung der Conjunctiva mit Bakterien.

Während in den ersten 24 Stunden — vielleicht unter der Nachwirkung des Antisepticums — der Katarrh ein aseptischer ist, d. h. Bakterien nicht nachweisbar sind, beginnt vom 2. Tage ab die Invasion derselben. Vor allen anderen am häufigsten ist der Staphylococcus albus, die Xerosebazillen und der Staphylococcus aureus. Dass der letztere für den Conjunctivalkatarrh ätiologisch in Betracht kommt, ist wohl sicher, namentlich bei schon bestehender Reizung der Schleimhaut. Unter den 11 Fällen von Secundärkatarrh war der Staphylococcus aureus 7 mal nachweisbar, 3 mal in Reincultur, 4 mal mit albus und Xerosebazillen. Indessen war in einzelnen Fällen der Staphylococcus aureus auch nachweisbar, ohne dass eine Conjunctivitis bestand. Eine der beobachteten Secundäreiterungen war durch Streptokokken bedingt. Staphylococcus albus und Xerosebazillen scheinen nur eine saprophytische Rolle zu spielen. Schliesslich giebt es beim Neugeborenen ebenso wie beim Erwachsenen Reizzustände der Conjunctiva mit mehr oder weniger reichlicher Secretion, für welche ein bakteriologische Ursache nicht festgestellt werden kann. Einen solchen Katarrh beobachtete C. bei einem 2000 g schweren, mit der Zange entwickelten Frühgeborenen in den ersten 6 Lebenswochen im Anschluss an ein äusserst heftige Argentumreaction. Hierher möchte C. auch die 3 Fälle von Secundärkatarrh rechnen, bei welchen nur die Staphylococcus albus und Xerosebazillen nachweisbar waren.

Unter deu 300 Kindern befindet sich eine Conjunctivitis gonorrhoica, die am 10. Lebenstage ausbrach.

---

110) S. J. Kusmin. Ein vereinfachtes aseptisches Verfahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur.

(Aus der Klinik für Geburtshülfe u. Frauenkrankh. v. Prof. Lebedew in St. Petersburg.)

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 10.)

K. wandte Gypsbinden als trocknendes und die Nabelschnur vor Infection schützendes Material an, nachdem

Digitized by Google

er an die Nabelschnur nahe beim Nabelring einen Gummiring angelegt hat, der auf rein mechanischem Weg das Abfallen des Nabelschnurrestes fördern sollte. Die Gypsbinde wird 2—4 mal um den Nabelschnurrest, der nie die Länge von 5 cm übersteigt, gewickelt. Der Gummiring wird unmittelbar um die Nabelschnur nicht weiter als 1 cm vom Nabelring angelegt; er comprimiert den Nabelschnurrest so vollkommen, dass eine weitere Ligatur am peripheren Ende des letzteren vollkommen unnötig ist. Er hat einen Durchmesser von 9 mm, sein Lumen misst 3 mm im Durchmesser, seine Dicke ebenfalls 3 mm; aus dunkelgrauem Gummi gefertigt, besitzt solch ein Ring eine ausserordentliche Compressionsfähigkeit, und kann dabei doch bis 3—3$^1/_2$ cm gedehnt werden, was zum Anlegen auf den Nabelschnurrest erforderlich ist. Es wird also der Nabelschnurrest dicht am Nabelring beständig und fest comprimiert und sein peripheres Ende durch eine Gypsbinde in der Abtrocknung befördert, vor Infection und Nasswerden geschützt. Es wird noch eine Leinenbinde um den Bauch angelegt und, damit der vergypste Nabelschnurrest keinen starken Druck auf die Bauchwand ausübe, wird er vorher am Nabelring noch mit einem kleinen Wattebausch umwickelt. Die Procedur, die nur 3—5 Minuten dauert, braucht nicht wiederholt zu werden, nur nach dem Bade erneuert man die Watte.

So wurde 42 mal verfahren, ohne dass man unangenehme Folgen sah. Der Nabelschnurrest fiel ohne jegliche Eiterung durchschnittlich am 4. Tage ab (12 mal am 5., 13 mal am 4., 7 mal am 3., 1 mal am 2. Tage). In letzter Zeit wurde sogar nur ein 1 cm langes Stück der Nabelschnur belassen; so wird die Behandlung des Nabelschnurrestes eigentlich auf das einmalige Anlegen des Gummirings auslaufen, und zum Eintrocknen des winzigen peripheren Endes ein gegypstes Marlystückchen von 2—3 cm im Quadrat in 2—3 facher Lage genügen.

---

111) **F. Horn.** Ueber Nabelschnurbehandlung des Neugeborenen. (Aus der rhein. Provinzial-Hebeammen-Lehranstalt zu Köln a. Rh.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 12.)

Stumpf hat jüngst auf die eminent austrocknende und bacterienfeindliche Wirkung des gewöhnlichen Thons hingewiesen und die Rolle, die dies billige Mittel in der Wundbehandlung spielt, betont. Mit Bezug auf diese Publikation versprach sich H. auch für die Nabelschnurbehandlung viel vom Thon und seiner jede Feuchtigkeit fortleitenden Eigenschaft. Wo keine Feuchtigkeit, da keine Bacterienwirkung! Damit sich diese Aufsaugungsfähigkeit des Thons nicht erschöpft, soll man reichliche Mengen nehmen. Auch das Baden muss natürlich unterbleiben, ein Grundsatz, der überhaupt jetzt schon viel Anhänger hat. Theoretisch sprechen 2 Punkte entschieden gegen das Baden vor dem Nabelschnurabfall:

1. Verzögerung der zu erstrebenden Eintrocknung des Nabelstranges infolge Feuchtigkeitszuführung:
2. Gefahr der Infection, die in jedem Badewasser direct oder indirect möglich ist.

Digitized by Google

In der Vermeidung dieser beiden, bei jeder feuchten Nabelbehandlung nicht ganz vermeidlichen Gefahren liegen die Vorteile der trockenen Behandlung mit Thon.

H. verfährt folgendermaassen: Das Kind erhält gleich nach der Geburt ein Reinigungsbad; nach erfolgter Abtrocknung wird die zur Einhüllung der Nabelschnur dienende Watte dick mit Thon belegt, wobei besondere Vorsicht zu walten hat, weil das Pulver nicht gut haftet. Der eingehüllte, mit Thon bedeckte Nabelstrang wird wie üblich behandelt. Das Kind wird täglich unter Vermeidung des Nabels gewaschen; für Trockenlegung des Kindes muss stets gesorgt werden. Das Pulver wird 2 mal am Tage erneuert. Nach erfolgtem Abfall wird noch 1—2 Tage Thon auf die Nabelwunde gethan, sodann das Kind wieder täglich regelmässig gebadet.

Die Versuche erstrecken sich auf 160 Kinder: 146 reife, 14 frühreife.

Tabelle:

Die Nabelschnur fiel ab bei den

146 reifen	14 frühreifen Kindern
3 mal am 4. Tage	1 mal am 4. Tage
16 „ „ 5. „	2 „ „ 5. „
30 „ „ 6. „	2 „ „ 7. „
46 „ „ 7. „	1 „ „ 8. „
25 „ „ 8. „	5 „ „ 9. „
12 „ „ 9. „	3 „ nach dem 9. Tage
14 „ nach dem 9. Tage	

Der Gewichtsverlust hielt an bei den

146 reifen	14 frühreifen Kindern
bis zum 2. Tage 19 mal	bis zum 2. Tage 1 mal
„ „ 3. „ 51 „	„ „ 3. „ 3 „
„ „ 4. „ 38 „	„ „ 4. „ 5 „
„ „ 5. „ 24 „	„ „ 5. „ 3 „
„ „ 6. „ 6 „	„ „ 6. „ 1 „
„ „ 7. „ 3 „	„ „ 7. „ 1 „
„ „ 8. „ 3 „	
„ „ 9. „ 1 „	
nach dem 9. „ 1 „	

Das Anfangsgewicht war wieder erreicht, resp. zuerst überschritten bei den

146 reifen	14 frühreifen Kindern
2 mal am 3. Tage	1 mal am 3. Tage
6 „ „ 4. „	1 „ „ 6. „
14 „ „ 5. „	1 „ „ 7. „
8 „ „ 6. „	1 „ „ 9. „
14 „ „ 7. „	10 „ nach dem 9. Tage
16 „ „ 8. „	
16 „ „ 9. „	
70 „ nach dem 9. Tage	

Die Versuche ergeben, dass der völlige Abfall des Nabelschnurrestes allerdings bei Thonbehandlung unter Vermeidung des Bades etwas länger dauert, sie ergeben aber ebenfalls unzweifelhaft, dass die Nabelwunde stets in vorzüglicher Verfassung dabei ist (Fleischnabel, stärkere Eiterung

Digitized by Google

u. dgl. sah. H. nie). Der Thon ist völlig reizlos (mit der Entfernung etwaiger eingetrockneter Watte muss man natürlich vorsichtig sein, und lässt sich z. B. von der frischen Nabelwunde die anklebende Watte nicht ohne Zerrung entfernen, so lasse man sie ruhig kleben und pudere weiter mit Thon, da sich beim 1. Bade die Watte von selbst löst). Wenn man die Wärterinnen bestimmen könnte, im Verbrauche des Thons nicht zu sparen, so würden die Resultate in Bezug auf die Dauer des Abfalls noch günstiger gewesen sei.

II. Kleine Mitteilungen und Notizen.

45) **Ueber die Behandlung von Augenerkrankungen mit Sozojodolpräparaten** hat Dr. A. R. Chiapella seine Erfahrungen publiciert. Wir machen auf das Inserat der Firma H. Trommsdorf, in dem der Artikel Chiapella's im Excerpt mitgeteilt wird, gern in empfehlender Weise aufmerksam.

46) **Salophen bei Influenza** hat wiederholt prompte Wirkung und völlige Unschädlichkeit bewiesen. Da zudem das Präparat vollkommen geschmacklos ist und keinerlei Nebenwirkungen äussert, kann man es getrost auch bei Kindern verabreichen, sowohl von Influenza bereits befallenen, als auch zu Zeiten einer Epidemie prophylactisch in kleinern Dosen. Von manchen Autoren wird Salophen geradezu als Specificum bei Influenza bezeichnet.

47) **Thiocol „Roche" bei Lungentuberculose** hat Dr. O. Marcus im Stuttgarter Ludwigsspital vielfach angewendet und war mit den Erfolgen sehr zufrieden, zudem das Mittel überhaupt nach jeder Richtung hin anderen, z. B. dem Kreosotal überlegen ist, das oft genug Widerwillen erregt und heftige gastrische Erscheinungen hervorruft. Thiocol wurde stets gern genommen, sowohl als Pulver (Oblaten), wie in dem Thiocolsyrup „Sirolin", da es völlig geruchlos ist und auch keinerlei Reiz auf die Verdauungsorgane ausübt; selbst grosse Dosen machten nie Nebenerscheinungen. Die Pat. nahmen an Gewicht zu und konnten ihr Bett verlassen, ja wieder arbeiten, das Fieber fiel ab, der Auswurf verringerte sich, die Atmung wurde leichter.

(Medic. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1899 Nr. 2/3).

48) **Die Behandlung der Nabelbrüche bei Kindern** wird am besten in der Weise eingeleitet, dass ein einziger 90 cm langer und 7 cm breiter Heftpflasterstreifen doppelt um den Bauch gelegt wird, sodass die 2. Tour die erste deckt. Bedingung ist, dass das Pflaster sehr fest haftet, ohne die Haut zu reizen. Sie wird erfüllt durch die weisse zinkoxydhaltige Pflastercomposition der Firma Beiersdorf u. Co. (Eimsbüttel), welche jetzt, wie Dr. Prölss (Scheessel) mitteilt, in Carton einen vollständigen Nabelverband in den Handel bringt, der billig ist (1 M.) und alles Nötige enthält (eine Holzpelotte mit 2 kleinen Heftpflasterstreifen, dazu dienend, die Pelotte festzuhalten, bis der grosse Streifen umgelegt wird, also Assistenz ersetzend, und eben jenen langen Streifen). (Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 1.)

49) **Naftalan** wird wieder mal sehr gelobt, und zwar vom Regimentsarzt Dr. Merlin (Triest), der damit bei Ekzem, Combustio, Orchitis, Epididymitis, Unterschenkelgeschwüren, Fussgeschwüren infolge von Schuhdruck etc. äusserst günstige Resultate erzielte.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 5.)

50) **Ueber Naftalan und seine Verwendbarkeit bei Hautkrankheiten** macht Dr. Fricke (Breslau, Universitäts-Hautklinik) Mitteilung. Das Mittel wurde hauptsächlich bei Ekzem geprüft (60 Fälle, darunter 16mal acutes Ekzem in allen Stadien, 17mal Ekzem am Unterschenkel, 5mal seborrhoisches Ekzem u. s. w.), wo es sich stets glänzend bewährte. F. beschreibt z. B. folgenden Fall: „Ein ca. 2—3jähr. Mädchen kam zur Aufnahme mit einem fast universellen, einige Monate bestehenden Ekzem, das fast alle Stadien (papulös, impetiginös, squamös, madidans) darbot. Die Behandlung bestand, da

Digitized by Google

das Ekzem schwer therapeutisch zu beeinflussen war, in der Applikation von allen möglichen Medikamenten in Salben- und Pastenform (Bleisalbe, Zinkwismuthsalbe, Zinkösypuspaste, Tumenol-, Ichthyol-, Theerpräparate), die Heilung schritt langsam vor, nach 8 Wochen konnte das Kind als geheilt entlassen werden. Nach 4 Wochen jedoch wurde es wieder genau in demselben Zustande, wie bei der 1. Aufnahme, zur Klinik gebracht. Jetzt wurde überall Naftalan in Pastenform angewendet; der Erfolg war ein ganz überraschender, nach 6tägiger Applikation waren die Krankheitserscheinungen fast vollkommen geschwunden." Da reines Naftalan bei den ersten Versuchen bisweilen leichte Irritation hervorrief, benutzte F. dann nur 50%ige Paste:

Rp. Naftalan. 50,0
Zink. oxyd.
Amyl. tritic. āā 25,0
M. f. past.

Er resumiert: „Naftalan ist ein Präparat von milder Wirkung, in der Ekzemtherapie von vorzüglichem, oft geradezu überraschendem Erfolge begleitet. Acute wie chron. Ekzeme werden gleich günstig beeinflusst. Kein Stadium und keine Lokalisation des Leidens bilden für die Naftalantherapie eine Contraindikation; höchstens ganz acute, mit den intensivsten entzündlichen Erscheinungen einsetzende Ekzeme ausgenommen." Dagegen besitzt nach F.'s Erfahrungen Naftalan keine wesentliche antiparasitäre Eigenschaft und keine grössere Tiefenwirkung; durch pflanzliche oder tierische Parasiten hervorgerufene Hauterkrankungen, sowie auch hartnäckige Psoriasis u. dgl. sollte man lieber mit anderen Mitteln behandeln. Bei Urticaria, Pruritus, Prurigo dagegen verdient wiederum Naftalan Empfehlung, das ziemlich prompt juckstillend wirkt. Naftalan wird selbst bei langer und ausgedehnter Anwendung gut vertragen, ist nahezu geruchlos, wirkt auch schmerzstillend, macht keine bleibenden Flecke in der Wäsche (solche sind durch Seifenwaschung, event. Petroleum oder Benzin leicht wegzubringen!), alles Eigenschaften, die das Mittel ebenfalls empfehlen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 2/3.)

50) **Einreibungen von Unguent. Credé bei Meningitis cerebro-spinal. epid.** empfiehlt Dr. G. Schirmer (Chicago) auf Grund von Beobachtungen, die er bei 9 Fällen (Kindern von $4\frac{1}{2}$—12 Jahren) damit gemacht hat. Die Epidemie war eine schwere, die beobachteten Fälle ebenfalls. Aber die sofort mit Einreibungen behandelten Pat. genasen rasch, desgleichen die später dieser Behandlung unterworfenen, und es blieb auch kein Defect der Sinnesorgane zurück. Die Behandlung bestand in Einreibung der Salbe (30 g auf 3 Tage verteilt), Wiederholung der Einreibung (10 g) bei jeder Remission (im ganzen wurden meist 40—60 g verbraucht); daneben sehr heisse Wasserüberschläge auf die Wirbelsäule (bei heftigen Schmerzen), antiseptische Reinigung der Nasenhöhle (sobald es sich mit dem Allgemeinzustand der Pat. vertrug) und kleine Dosen Trional (bei grosser Unruhe).

(New-Yorker medic. Wochenschrift No. 11, Novemb. 1898.)

52) **Eine neue Behandlungsmethode beim Mastdarmvorfall der Kinder** hat sich Dr. Hajech (Mailand) bewährt. Man nimmt ein Stück Eis, dem man mit Hilfe des Messers und der Hand eine conische Form giebt, hüllt es in aseptische Gaze und schiebt dann das prolabierte Rectum und den Eiszapfen soweit hinauf, bis beide verschwunden sind, und zwar so, dass man die Spitze des Eisconus (der für ein 4—5jähr. Kind z. B. 7—8 cm lang, an der Basis $2\frac{1}{2}$—3 cm breit sein muss) auf das Centrum des Prolapses setzt. Anlegung eines Verbandes ist nicht nötig, wenn das Kind nach Einführung kurze Zeit in Seitenlage mit aneinandergepressten Gesässbacken beharrt. Bei neuem Auftreten wird die Procedur immer wiederholt, bis der Prolaps nicht mehr erscheint. Der Eisconus übt eine stimulierende, die Muskelaction des Darmes auslösende Wirkung aus, dabei wird durch die Herabsetzung der Sensibilität der Tenesmus beruhigt und die Circulation in der erkrankten Schleimhaut durch Hebung des Gefässtonus angeregt.

(Gaz. degli osped. 18. XII. 98. — Klin.-therap. Wochenschrift 1899 No. 2.)

53) **Aetzungen mit reinem Ichthyol bei Fissura ani** empfiehlt warm Dr. L. Conitzer (Hamburg), der diese Behandlung in den letzten 3 Jahren bei

Digitized by Google

6 Fällen (darunter 2 Kinder von 2 Jahren resp. $3^1/_2$ Monaten) mit ausserordentlichem Erfolge angewandt hat. Die Aetzung (mittelst Wattestäbchen oder Glasstabes) wird täglich (später 2täglich) vorgenommen, wobei nur das 1. Mal vorherige Cocainisierung nötig ist (später ist der Schmerz nur leicht). Nach mehreren Aetzungen (daneben Sorge für regelmässigen, breiigen Stuhlgang!) trat stets Heilung ein.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

54) **Einen Fall von frühzeitiger Schwangerschaft** teilt Guerin-Valmale mit. Es handelte sich um ein $14^1/_2$jähriges, sehr kräftig entwickeltes Mädchen (glich einer 18—19jährigen). 1. Regel mit 13 Jahren. Baudelocque'sche D. 18,5 cm. Geburt und Wochenbett glatt. — Es ist dies der 6. Fall von frühzeitiger Gravidität in Frankreich (auch bei den anderen schwankte das Alter zwischen 12—16 Jahren).

(Nouveau Montpellier Medical 1898 Nr. 45. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 1.)

55) **Eine Bromoformvergiftung** beobachtete Dr. Schmitt (Dieburg) bei einem $4^3/_4$ Jahre alten Jungen, der 5 g Bromoform getrunken hatte und $^1/_2$ Stunde später bewusstlos zusammengesunken war. Zufällig war S. in der Nähe. Er fand den Pat. bewusst und regungslos, auf Anrufen, Hautreize nicht reagierend; Pupillen ad minimum verengt, ohne Reaction, Puls verlangsamt (70), unregelmässig, zeitweise kaum fühlbar, Atmung ebenfalls langsam und unregelmässig, stark nach Bromoform riechender Atem; untere Extremitäten bis zum Knie eiskalt, dann wärmer; in den Mund gegossener Kaffee wurde nicht geschluckt. Da eine Magenpumpe nicht zur Stelle, spritzte S. nur Campheröl ein, liess die Extremitäten kräftig reiben und durch Wärmflasche erwärmen. Der Puls wurde besser, Pat. machte einige selbständige Bewegungen. Nun holte S. seine Magenpumpe. Als er 1 Stunde später den Pat. wiedersah, bot derselbe noch ziemlich das gleiche Bild, nur waren Puls und Atmung besser geworden. Bei dem Versuch, die Magenspülung auszuführen, sträubte sich Pat. heftig und schrie, es wurde ein Keuchhustenanfall ausgelöst und es trat Erbrechen ein. S. stand daher von einer weiteren Entleerung ab. Am nächsten Tage war der Knabe auch wieder ziemlich munter und erholte sich rasch.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 5).

56) **Cosaprin als Antipyreticum und Antirheumaticum** für die Kinderpraxis empfiehlt Dr. A. Schudmak (Krakau, Dr. J. Landau's Spital), der das Mittel, ein Sulfoderivat des Antifebrins in 60 Fällen (Arthritis rheum., Typhus, Pneumonie etc.) anwandte. Es wirkte rasch und prompt, allerdings nur vorübergehend, sodass neue Gaben notwendig sind. Man verschreibt:

Rp. Cosaprin. 2,0—3,0
Aq. dest. 100,0
Syr. simpl. 20,0
S. Stündl. 1 Kinderlöffel.

oder: Rp. Cosaprin. 0,25—0,5
D. t. dos. Nr. 8
S. 3mal tgl. 1 Pulver.

In bedrohlichen Fällen kann das leicht lösliche Mittel auch sehr gut subkutan appliciert werden. Es macht fast gar keine Nebenerscheinungen, ist geruchlos und schmeckt nur leicht salzig.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1899 No. 2.)

57) **Typhus bei einem 2monatlichen Kinde** beobachtete Cassoute, das mit vagen Symptomen (hauptsächlich gelbliche diarrhoische Stühle bei subnormaler Temperatur und Collapsanfällen). Da zur Zeit Typhus herrschte, wurde eine Serumprobe angestellt, die eine zwar langsame, aber nach $^1/_2$ Stunde complete Agglutination ergab. Die Section deckte dann mehrere ulcerierte Peyer'sche Plaques auf. Man erkennt die Wichtigkeit der Serumprobe in diesem Falle, wo die unbestimmten Symptome und besonders die Hypothermie die Diagnose so erschwerten.

(La Medec. mod. 1898 No. 73. — Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 2.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Juni 1899.** No. 6.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

5) Pädiatrisches vom XXVIII. Deutschen Chirurgen-Congress.

Von

Dr. **Hermann Conrads**

in Essen a. d. R.

Unter den Verhandlungsgegenständen, mit denen sich der diesjährige Chirurgen-Congress eingehend beschäftigte, nahm die unblutige Behandlung der **angeborenen Hüftverrenkung** wieder einmal

Digitized by Google

einen breiten Raum ein. Und nicht mit Unrecht; denn Dank der grossen Verbreitung, welche die operative Behandlung dieses Leidens gewonnen hat, sind in der letzten Zeit reichliche Erfahrungen gesammelt worden und es kann allmählich damit begonnen werden, die Indikationen und Contraindikationen der operativen Behandlung, ihre Gefahren sowie ihre Prognose im einzelnen Falle genauer zu umgrenzen und wissenschaftlich festzulegen.

Herr Hoffa (Würzburg) warnt auf Grund seiner an 127 Fällen gewonnenen Erfahrungen davor, die Reposition etwa nach dem 10. Lebensjahre noch in Angriff zu nehmen: Quetschung der Weichteile, Muskelzerrungen, Epiphysenablösungen, Lähmungen können die Folge forcierter Repositionsversuche bei älteren Kindern sein; sitzt der Schenkelkopf zu fest, so erleichtert H. sich durch vorherige Extension den operativen Eingriff. Ein 6jähriges Mädchen starb infolge der Operation: die Reposition war sehr schwer gewesen; am Abend desselben Tages verfiel es in Krämpfe, denen es in der Nacht erlag. Sehr oft kommt es nicht zur Reposition im anatomischen Sinne, sondern zu einer Transposition des Kopfes, und zwar am häufigsten nach vorne oben; auch in diesen Fällen sind die functionellen Resultate verhältnismässig sehr gut: eine leichte Verkürzung, daher auch wohl noch geringes Hinken, aber das charakteristische Einknicken und Watscheln ist verschwunden; das Trendelenburg'sche Phänomen ist ebenfalls nicht mehr vorhanden. Bei älteren Kindern ist übrigens die Transposition des Kopfes statt der Reposition das Regelmässige und zwar aus verschiedenen Gründen: einerseits ist die Pfanne im Wachstum gegenüber dem Kopfe zurückgeblieben und also nicht mehr im Stande den Kopf aufzunehmen, andererseits kommt bei älteren Kindern, wie die blutigen Repositionen gezeigt haben, häufiger eine die Reposition hindernde Verdickung des Ligamentum teres vor, und endlich zeigt die Pfanne in manchen Fällen keine rechte obere Begrenzung, die dem Kopfe als Halt dienen könnte, sondern nur eine „Gleitfläche.“ H. gypst das Beinchen in Innenrotation ein; die von Lorenz gehegte Befürchtung, dass die Innenrotation die Reluxation nach hinten erleichtere, hat sich ihm als unbegründet erwiesen. Für ältere Kinder, die der Operation entwachsen sind, empfiehlt H. in einseitigen Fällen die schiefe Osteotomie unterhalb des Trochanters, in doppelseitigen die Pseudarthrosenbildung.

Auch Herr Lorenz-Wien widerrät dringend, bei einseitigen Verrenkungen jenseits des 10. Lebensjahres, bei doppelseitigen jenseits des 6.—7. Jahres die Operation noch vornehmen zu wollen. Ihm sind unter seinen 360 unblutigen Repositionen eine Reihe von Unglücksfällen vorgekommen, die fast durchweg ältere Kinder betrafen: Bei einem 13jährigen Mädchen mit einseitiger Verrenkung war mit grosser Anstrengung die Transposition des Kopfes nach vorne erzielt worden; während der Nacht trat Gangrän des Beines ein. Zehnmal erlebte L. Schenkelhalsfracturen (darunter 3 bei einseitigen Luxationen im Alter von 9, 11 und 16 Jahren), zweimal Fracturen des Beckenringes. Eine weitere Folge haben die Fracturen übrigens nicht nach sich gezogen. Mehrmals traten bei älteren Kindern Lähmungen des Ischiadicus (infolge der Schraubenextension) bezw. des Cruralis (infolge der starken Abduction) auf; letztere geben eine bessere Prognose als die Ischiadicuslähmungen: sie gingen alle in

Digitized by Google

kurzer Zeit zurück. Endlich sind 3 Todesfälle durch die Operation zu beklagen: bei einem 8jährigen Kinde mit einseitiger Luxation erfolgte der Tod während der Narkose; bei einem 6jährigen bezw. 4jährigen Kinde mit doppelseitiger Verrenkung trat 18 bezw. 24 Stunden nachher der Exitus unter shokähnlichen Erscheinungen ein, vielleicht infolge reflectorischer Wirkung von den gedehnten Beinnerven her. (Vgl. dazu weiter unten die Beobachtung von Senger. Ref.) — Unter den 360 unblutigen Operationen war 22mal die Reposition unmöglich; es waren alles ältere Kinder, mit Ausnahme eines 3jährigen Mädchens, bei welchem die später vorgenommene blutige Reposition eine Verdickung des Lig. teres als Repositionshindernis feststellte. Unter den reponierten Fällen trat 15mal primär, im ersten Verbande, infolge ungenügender Fixierung eine Reluxation ein. Von den secundären Transpositionen ist die nach vorne oben unter die Spina ant. inf. besonders häufig. L. verfügt über 135 Fälle, bei welchen mehr als 1 Jahr nach Abschluss der Behandlung verflossen ist und erläutert deren Einteilung in verschiedene Kategorieen je nach der Stellung des Kopfes an der Hand der Röntgenphotogramme. Bemerkenswert ist dabei, dass das Röntgenbild oft im Widerspruche mit dem guten functionellen Resultat steht. Das Endresultat der Operation ist von 3 Gesichtspunkten aus zu betrachten: 1) Kosmetisch ist der Erfolg wohl nur von Bedeutung bei beiderseitigen Verrenkungen; hier ist er als ein vollkommener zu bezeichnen, insofern die starke Lordose ganz verschwindet; 2) bezüglich der Ausdauer des Ganges sind die Erfolge sogar über Erwarten günstige; 3) hinsichtlich der Gleichmässigkeit des Ganges lassen die Resultate allerdings anfänglich zu wünschen übrig und zwar infolge der inzwischen eingetretenen Atrophie der Muskulatur; eine entsprechende Nachbehandlung bessert jedoch auch hier noch vieles. — In den Fällen nun, wo die unblutige Reposition unmöglich ist, bleibt natürlich nur die blutige Operation übrig. Abgesehen von der Gefahr der Wundinfection (L. verlor von 260 blutig operierten Fällen 4 an Sepsis) ist hier auch die Möglichkeit einer späteren Ankylose sehr unangenehm. Jenseits des 6. bis 8. Lebensjahres ist der Eintritt einer solchen Operationsankylose sogar immer wahrscheinlich, auch trotz des besten Wundverlaufs. Eine einseitige Ankylose hat ja nun nicht viel auf sich, aber eine doppelseitige ist für das Kind als ein grosses Unglück zu betrachten. Endlich ist auch die Gefahr einer Störung des Pfannen-Wachstums infolge der Verletzung des Y-förmigen Knorpels nicht zu leugnen. Aus all diesen Gründen empfiehlt L., in den Fällen, in welchen die blutige Operation nicht zu umgehen ist, eine Arthrotomie ohne künstliche Pfannen-Vertiefung zu machen.

Herr Petersen-Bonn ist ebenfalls von forcierten Repositionsversuchen bei älteren Kindern wieder abgekommen. Infolge der in der Bonner Klinik getroffenen Einrichtung, die für die Extension aufgewendete Kraft mittels eines eingeschalteten Dynamometers zu controlieren, wurde nur in einem Falle eine Lähmung beobachtet. Unter 165 Fällen (davon 71 doppelseitigen) wurde 8 mal bei einseitigen, 2 mal bei doppelseitigen Verrenkungen eine Reposition im anatomischen Sinne erzielt, in den meisten übrigen Fällen kam es zu den bekannten Transpositionen. Die primäre Fixationsstellung, welche gewählt wurde, war mässige Abduction und starke Innenrotation. In

Digitized by Google

manchen Fällen von sehr starker Anteversion des Schenkelhalses (bis zu einem Winkel von 90°) gab die subtrochantere Osteotomie gute Resultate, bei welcher ein vorher in den Schenkelhals eingetriebener Nagel zur Fixierung des oberen Endes diente, während das periphere Ende des Femur dann entsprechend nach aussen rotiert wurde. Der Nagel wurde mit eingegypst und nach einigen Wochen durch das Fenster des Gypsverbandes entfernt.

Diskussion.

Herr Mikulicz-Breslau hat unter ca. 100 Fällen die Beobachtung gemacht, dass es Verrenkungen giebt, die mit jeder Methode ohne sonderliche Schwierigkeiten zu reponieren sind; das mögen wohl z. T. solche sein, die während der Geburt oder am Schlusse des intrauterinen Lebens entstanden sind. Unter den Repositionshindernissen scheint ihm der Umstand nicht genügend gewürdigt zu sein, dass die vordere Kapselwand, welche straff über das Pfannengrübchen hinzieht, sich doppelt falten und so zwischen Kopf und Pfanne legen kann. Auch M. rät, bei blutigen Operationen zur Vermeidung einer Ankylose möglichst viel vom Pfannenknorpel stehen zu lassen.

Herr Heusner-Barmen steht der Operation etwas pessimistisch gegenüber. Er erreichte nur in 10% seiner Fälle glatte Einrenkungen; in weiteren 30—50% erzielte die Nachbehandlung noch zufriedenstellende Resultate; in dem Rest wurde nicht mehr erreicht als mit einem guten Corset. — Die von H. geäusserte Befürchtung, dass das Verschwinden der Lordose nur ein vorübergehendes sei, weist

Herr Lorenz an der Hand einer grossen Reihe Photographien von lange abgeschlossenen Fällen als grundlos zurück.

Herr Lange-München betont die Wichtigkeit einer doppelten Röntgen-Aufnahme: in Innen- sowie in Aussenrotation, um sich über den wahren Stand des Kopfes zu orientieren. Bezüglich der Endresultate der Operation könne man wohl kaum jetzt schon ein definitives Urteil abgeben, weil die Möglichkeit nicht zu leugnen sei, dass der Schenkelkopf unter dem Einflusse der fortdauernden Belastung sich allmählich von seiner neuen Stelle nach oben hin verschiebe. Er rät darum, noch lange Zeit hindurch einen Apparat tragen zu lassen, welcher ein Abgleiten des Kopfes nicht nur nach oben, sondern namentlich auch nach hinten verhüten soll; letztere Gefahr sei besonders gross bei gebeugtem Schenkel, z. B. beim Treppensteigen.

Herr Narath-Utrecht macht auf das Vorkommen einer besonderen Art von Schenkelhernien nach Repositionen aufmerksam. Unter 47 Fällen von einseitiger und doppelseitiger Verrenkung (im ganzen 65 Gelenken) hat er in 4 Fällen (im ganzen 6 mal) eine Schenkelhernie entstehen sehen, die sich von den gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass sie mit breiter Basis unter dem Lig. Pouparti hervortretend, vor der Vene, der Arterie und vor dem Cruralnerven liegt. Diese Hernien sind gewöhnlich wenig sichtbar, erst beim Husten oder Pressen werden sie deutlich. Zweimal traten die Hernien schon im Gypsverbande auf. Ursache ist wahrscheinlich eine Lockerung der Gewebe durch die Repositionsmanöver.

Herr Kümmell-Hamburg hat unter 50 Fällen auch nicht öfter als 5 mal eine wahre Reposition erlebt. Er bestätigt ebenfalls die guten funktionellen Resultate der Transposition. Complicierte orthopädische Apparate zur Nachbehandlung hält er für unnötig.

Herr Senger-Krefeld macht eine interessante Mitteilung über einen schweren Herzcollaps, den er bei einem 14 jährigen Mädchen mit Hüftluxation erlebte in dem Augenblick, als die Extensionsschraube etwas brüsk angezogen wurde; nachdem der Collaps vorübergegangen war, versuchte er, ohne dass mittlerweile ein Narkoticum verabreicht worden wäre, abermals die Extension, welche wiederum einen Collaps zur Folge hatte, so dass die Operation unterbrochen werden musste.

Herr Lorenz hebt zum Schlusse gegenüber den von Hrn. Lange geäusserten Befürchtungen bezüglich der Dauerhaftigkeit der Erfolge hervor, dass seine ältesten Fälle jetzt 3 Jahre alt sind, ohne dass sich in dieser Zeit die Resultate bei ihnen verschlechtert hätten.

* * *

Aus den Verhandlungen über die **Coxa vara** sei nur eine Beobachtung von Herrn Joachimsthal-Berlin erwähnt, welche ein

Digitized by Google

$5^1/_2$ jähriges Mädchen betrifft, das beim Springen durch einen Reifen plötzlich heftigen Schmerz in der rechten Hüfte verspürte, ohne dass indessen das Gehen unmöglich geworden wäre. Nach einiger Zeit bildeten sich die typischen Erscheinungen der Coxa vara aus, u. a. auch eine starke Einschränkung der Abduction. Die Röntgen-Aufnahme zeigte den Kopf des Femur vom Schenkelhals abgelöst und in der Richtung nach unten hin verschoben. Auffallend war in diesem Falle die Geringfügigkeit des Traumas.

Zum Capitel der **Klumpfussbehandlung** erläutert Herr Heusner-Barmen seine bereits in der Dtsch. med. Wochenschr. (vgl. dieses Blatt 1898, S. 391) niedergelegte Theorie über die Entstehung des angeborenen Klumpfusses und demonstriert seine Spiralschienen zur Behandlung dieses Leidens.

Ueber die **Osteomyelitis tuberkulosa** des Schaftes langer Röhrenknochen berichtet Herr Küttner-Tübingen. Die Krankheit ist ziemlich selten: sie fand sich in der Tübinger Klinik nur 6 mal unter 2100 Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose. Es giebt eine primäre und eine sekundäre Form. Einen Fall der ersteren hatte K. Gelegenheit zu operieren: 12jähriges gut genährtes, nicht erblich belastetes Mädchen; das Leiden war subakut an der Tibia entstanden. Status: Verdickung der oberen Tibia-Hälfte, Verlängerung um 1 cm; mehrere auf den Knochen führende Fisteln. Auch das Röntgenbild war das der osteomyelitischen Nekrose. Erst bei der Operation wurde der Verdacht auf Tuberkulose rege, weil die Sequester sehr porös waren und massenhaft tuberkulöse Granulationen enthielten. In den bisher bekannt gewordenen Fällen handelte es sich stets um Kinder; fast durchweg waren dieselben schwer tuberkulös. — Die sekundäre Form der Erkrankung greift von einem Heerd in der Epiphyse auf den Schaft über und erstreckt sich immer weiter fortschreitend über sehr grosse Strecken des Marks: das Mark wird zu einer sulzigen, mit Eiterheerden durchsetzten Masse; die umgebende Corticalis kann dabei sklerosieren und sich verdicken. Diese Form kommt gewöhnlich bei älteren Leuten, aber auch bei Kindern vor.

Die Resektion der Wirbelbögen bei spondylitischen Lähmungen wird von Herrn Trendelenburg-Leipzig empfohlen auf Grund von 8 operierten Fällen (z. T. Kinder, z. T. Erwachsene) aus den letzten drei Jahren der dortigen Klinik. Aus den Jahren 1882—98 stellte Tr. 27 nicht operierte Fälle zusammen, von welchen 14 in der Klinik, 8 weitere noch nach ihrer Entlassung zu Hause gestorben waren. Ganz bedeutend besser waren nun die Ergebnisse der operierten Fälle: Im direkten Anschluss an die Operation war kein Todesfall zu beklagen; die Endresultate waren folgende: 3 Fälle vollständig geheilt, 1 mit Recidiv geheilt, 1 ungeheilt, 1 gestorben 6 Monate nach der Entlassung aus der Klinik, 2 noch in der Behandlung, davon 1 schon wesentlich gebessert. Als Ursache der Lähmung fand sich bei der Operation: je 1 mal ein Abscess, ein käsiger Heerd bezw. peripachymeningitische tuberkulöse Granulationen, in den 5 andern Fällen nichts als eine abnorme Enge des Wirbelkanals infolge der Wirbelverschiebungen. Mit Ausnahme eines Falles bestanden die Lähmungen mindestens $^1/_2$ Jahr — bis zu 17 Jahren. Motorisch war meistens eine fast vollständige spastische Paraplegie vorhanden, die Sensibilität mit einer Ausnahme wenig oder gar nicht gestört. Der Gang der Opera-

Digitized by Google

tion war folgender: Nachdem durch grossen Bogenschnitt mit seitlicher Basis die Spitze der Kyphose freigelegt und eine Längsincision über den Dornfortsätzen gemacht war, wurden die Muskeln heruntergeschält und sodann mit der Luër'schen Zange (Meisseln ist nicht zu empfehlen!) nach beiden Seiten hin die Bögen — gewöhnlich 3—4 — reseciert bis die Dura ihr natürliches Aussehen gewonnen hatte und man eine Sonde unter der Dura her an den Bögen entlang führen konnte. Dann Catgut-Nähte, an 3 Stellen kleine Lücken in der Naht (keine Drainage). In allen Fällen erfolgte prima intentio. Die Lähmung hatte auch beim vorsichtigsten Operieren manchmal zugenommen; während sie vorher spastisch war, wurde sie nachher schlaff (vielleicht infolge lokalen Oedems der Meningen); auch die Sensibilitätsstörungen wurden grösser. Indessen bildete sich das alles, wenn auch ziemlich langsam, wieder zurück. Der ganze Heilungsprocess der Lähmung erstreckte sich über ein halbes bis ein ganzes Jahr! Tr. fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

„1) Die Lähmung bei Spondylitis ist so gut wie immer eine Drucklähmung.

2) Der Druck kann durch einen Abscess, durch peripachymeningitische Granulationen oder durch Verengerung des Wirbelkanals infolge der Wirbelverschiebung hervorgerufen sein.

3) Letztere Ursache ist häufiger, als man bis jetzt angenommen hat.

4) Die Resektion der Wirbelbögen giebt eine bessere Prognose, als man im allgemeinen annimmt.

5) Bei frischeren Fällen ist sie weniger indiciert und giebt eine schlechtere Prognose, als bei alten Spondylitiden. Wenn eine stärkere Empfindlichkeit zu der Annahme drängt, dass der Process noch nicht ausgeheilt ist, kann die Resektion wegen der Fortnahme der knöchernen Stütze entschieden schaden.

6) Auch bei vollständiger Lähmung sowie bei jahrelangem Bestehen derselben ist ein Erfolg nicht ausgeschlossen.

7) Der Erfolg der Operation kann erst längere Zeit (ein halbes Jahr oder länger) nach der Operation beurteilt werden."

* * *

Herr Kocher-Bern legt seine Theorie über die Bedingungen erfolgreicher **Operation der Epilepsie** dar. Seit man sich gewöhnt hat, bei der Beurteilung der Resultate einen kritischeren Massstab anzuwenden, sind die Heilungserfolge der Operation von 60—70 % auf nur 2—4 % heruntergesunken. Das legt die Frage nahe, ob unsere Operationsmethoden nicht zu verbessern sind. K. hat nun in seiner Klinik die Resultate der seit 1880 operierten Fälle zusammenstellen lassen, wobei sich herausstellte, dass — abgesehen von den Fällen, in welchen die Operation eine palpable, entfernbare Ursache der Epilepsie ergab — ein unmittelbarer Erfolg in 54 % der mit Duraspaltung operierten Fälle erreicht wurde, dagegen nur in 14 % der ohne Duraspaltung behandelten. Diese grosse Verschiedenheit der Resultate ist ihm ein Beweis für die schon seit langer Zeit von ihm vertretene Ansicht, dass die Ursache der Epilepsie in einer lokal oder allgemein erhöhten intracraniellen Spannung liegt. Er konnte auch experimentell an Meerschweinchen, welche durch Hammer-

Digitized by Google

schläge epileptisch gemacht waren, eine Steigerung des Hirndruckes auf das 4—5 fache nachweisen. In den Fällen von definitiver Heilung — er verfügt deren über 8 — fand er allemal als Narbe eine weiche nachgiebige Verschlussmembran, die also „gewissermassen ein Sicherheitsventil“ darstellte, während dies bei den ungeheilten Patienten in der Regel nicht der Fall war. Die Narbe selber hat man nicht zu fürchten. Weiche Operationsnarben, selbst wenn sie bis in's Gehirn reichen, geben in der Regel zu Epilepsie keinen Anlass, nicht einmal Fremdkörper, wenn sie aseptisch eingeheilt sind. Zur Technik empfiehlt K. demnach, nach der Trepanation — zu welcher er die Dahlgreen'sche Zange sehr praktisch gefunden hat — die Dura zu spalten, in kleinem Umfange zu excidieren und hernach eine kleine Knochenlücke offen zu lassen. Die so erzielten Resultate sind wesentlich besser, als die der allgemeinen Statistik.

In der

Diskussion

hebt Herr v. Bergmann-Berlin hervor, dass es keine Epilepsie giebt ohne die unbekannte epileptische Veränderung, den sog. „spasmophilen“ Zustand, der in den allermeisten Fällen angeboren ist, auch bei mindestens $^{9}/_{10}$ der Fälle von traumatischer Epilepsie. In den sehr wenigen Fällen, wo der Zustand nicht angeboren ist, ist er durch eine Narbe (z. B. am Ischiadicus) oder dergl. allmählich hervorgerufen worden. Die Erfolge der Operation richten sich danach, ob bei den betr. Kranken dieser — angeborene oder erworbene — spasmophile Zustand besteht oder nicht. Und da scheint nun der Kocher'sche Rat bemerkenswert zu sein, durch Anlegung eines solchen Sicherheitsventils die unbekannte epileptische Veränderung zu beeinflussen. Wichtiger ist allerdings in allen den Fällen, in welchen es geschehen kann, die Entfernung der die Krämpfe auslösenden grob-anatomischen Ursachen (Narben, Knochensplitter, Tumoren, Cysten u. s. w.). — Sodann stellt v. B. einen operierten Fall von **Porencephalie** vor. Es handelt sich um ein Mädchen mit einem wohl seit der Geburt bestehenden traumatischen sehr grossen Schädeldefekte, welches an epileptischen Krämpfen litt. Der linke Arm war verkürzt, ausserdem bestand linksseitiger Hohlfuss. Vor etwas über einem Jahre wurde die Cyste im Gehirn eröffnet, welche wahrscheinlich mit dem Seitenventrikel communicierte, und sodann in zweimaliger Operation mittelst eines Hautknochenlappens der Schädeldefekt bis auf einen kleinen Rest verschlossen. Seit der zweiten Operation hat sich bis jetzt kein epileptischer Anfall mehr gezeigt. Als zweiten Fall von Porencephalie demonstriert v. B. Schädel und Gehirn eines 7jährigen, während der Operation im Collaps verstorbenen Knaben, der trotz seines sehr grossen Defektes in der rechten Scheitelgegend weder Lähmungen noch Krämpfe hatte. Auch hier communicierte der Defekt mit dem Seitenventrikel.

Die Herren Lauenstein-Hamburg und v. Beck-Karlsruhe bestätigen aus ihren Operationsresultaten den günstigen Erfolg der Dura-Spaltung bezw. Excision auf das Ausbleiben der epileptischen Anfälle.

* * *

Die Frage der **Behandlung der Appendicitis**, welche gegenwärtig ja wieder im Vordergrunde steht, ist auch auf dem Chirurgen-Congresse sehr eingehend erörtert worden, und zwar in dankenswerter Weise sowohl durch Vertreter der Chirurgie wie auch der internen Medicin. In Anbetracht des Umstandes, dass von allen Perityphlitiden etwa 16 % auf das Alter von 0—15 Jahren entfallen, dürften die Verhandlungen über diesen Punkt auch für dieses Blatt von Interesse sein.

Zunächst hielt Herr Renvers-Berlin einen lichtvollen Vortrag über die verschiedenen Formen der Appendicitis. R. unterscheidet 2 grosse Gruppen, je nachdem der Appendix allein erkrankt ist oder ausserdem noch eine örtliche bezw. allgemeine Peritonitis besteht. Die erste Gruppe umfasst einerseits diejenigen Fälle, in welchen der

Digitized by Google

Blinddarm bei Gelegenheit eines Typhus, Magen-Darm-Katarrhs, einer Dysenterie u. s. w. mitergriffen ist, andererseits aber jene isolierten Appendix-Erkrankungen, die auftreten unabhängig von irgend welchen Darmstörungen. Hier kommen alle Abstufungen vom einfachen Katarrh bis zu Ulcerationsbildungen vor. So lange das Darmlumen frei ist, können alle klinischen Erscheinungen fehlen (wie z. B. ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen bei den Sectionen ohne irgendwelche Beschwerden intra vitam beweisen). Kommt es dagegen zur Stenosierung, so treten Koliken auf, aber noch nicht das Bild der Perityphlitis. — In die zweite Gruppe gehören die Fälle, bei welchen die Entzündung über den Appendix hinausgegangen ist und entweder zu allgemeiner Peritonitis mit freiem Exsudat in die Bauchhöhle oder zu cirkumskripter Peritonitis geführt hat. In den Fällen von allgemeiner Peritonitis kann man sich diagnostisch weder auf das Fieber noch auf den örtlichen Befund verlassen. Fieber fehlt in vielen Fällen, dagegen ist charakteristisch die hohe Pulsfrequenz und der rasche Verfall. Je schneller hier operiert wird, um so sicherer ist noch zu helfen; nach 24 Stunden ist gewöhnlich gar keine Aussicht mehr durch Laparotomie etwas zu erreichen. Meistens allerdings ist das Exsudat ein gegen die Bauchhöhle abgeschlossenes und zwar entweder ein fibrinöses oder ein eitriges. Der Verlauf ist bei beiden Formen anfangs ganz der gleiche: in den ersten 24 Stunden tritt eine Exsudatbildung ein, bald mit, bald ohne Fieber; bei serösfibrinösem Exsudat kommt es gewöhnlich am folgenden Tage zu einem Nachlass der Erscheinungen und es kann eine — sogar dauernde — Spontanheilung stattfinden. Tritt später ein Recidiv ein, so ist es zweckmässig, in der Zwischenzeit den erkrankten Appendix zu entfernen. Bei der eitrigen Form dagegen steigt das Exsudat weiter an; auch hier kann es gelegentlich noch durch Perforation oder Resorption zur Spontanheilung kommen. Therapeutisch rät R. in den Fällen von exsudativer Appendicitis anfangs ruhig abzuwarten: die Nahrung möglichst fortzulassen, absolute Ruhe, Eisblase auf den Unterleib, gegen grosse Schmerzen Morphium, eventuell auch zur Ruhigstellung des Darmes kleine Dosen Opium (grössere Opiumdosen können Erbrechen auslösen!). So kann man ruhig bis zum 5. Tage abwarten. Haben bis dahin die Erscheinungen nicht nachgelassen, so ist die Annahme eines eitrigen Exsudates gerechtfertigt und die Frage der Operation wird zu erwägen sein. R. glaubt, dass man in solchen Fällen nicht den ganzen Appendix herauszunehmen brauche, sondern dass es genüge, wenn der praktische Arzt einfach den Abscess eröffne.

Herr Ewald-Berlin macht darauf aufmerksam, dass die Appendicitis sich öfter unter dem Bilde allgemeiner Leibschmerzen und unbestimmter Verdauungsstörungen verbirgt, so dass derartige Kranke häufig fälschlich für neurasthenisch oder hysterisch gehalten werden. Eine genauere Untersuchung ergiebt allerdings Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend. E. befürwortet für diese Fälle von „Appendicitis larvata“ die Entfernung des Wurmfortsatzes.

Herr Sonnenburg-Berlin spricht über die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Nicht jeder Fall ist ohne weiteres zu operieren. Es kommt meistens auf die Diagnose an, ob das Exsudat ein eitriges ist, oder nicht. Ein acuter, mit hohem Fieber

Digitized by Google

einhergehender Anfall mit palpablen Störungen in der Blinddarmgegend deutet, wenn er mehrere Tage anhält, stets auf Eiter; die Fälle, welche nach 4—5 Tagen sich nicht bessern, wird man in den Bereich der Operation zu ziehen haben. Der Abfall des Fiebers spricht nicht gegen Eiterung, wofern nicht auch die Pulsfrequenz herabgeht. Eine zweite Indikation zum operativen Eingriff kann das schlechte Allgemeinbefinden abgeben: mangelnder Appetit, schlechtes Aussehen, schwerkranker Gesamt-Eindruck ohne gerade grosse subjective Beschwerden. Eine dritte Indikation zum chirurgischen Vorgehen endlich bietet ein Wiederansteigen des bereits abgefallenen Fiebers. — Die Gefahren der Operation sind bei einfacher Incision des Abscesses unbedeutend. Da jedoch diese Incision wegen der buchtigen Wände der Eiterhöhle auf die Dauer ungenügend ist, so soll man in den Fällen, wo ein gut eingerichtetes Krankenhaus zur Verfügung steht, den ganzen Wurmfortsatz im Anfalle herausnehmen. Man muss sich aber hüten, im Stadium der „peritonealen Reizung" zu operieren, weil man dann fast sicher ist, eine allgemeine Peritonitis entstehen zu sehen. Ob die peritoneale Reizung vorübergegangen ist, ist oft schwierig zu entscheiden. Sie zeigt sich an durch leichte Schmerzhaftigkeit bei Berührung der Bauchdecken, auch — was charakteristisch ist — bei Druck in der Lumbalgegend. Gewöhnlich ist auch der Leib ein wenig aufgetrieben. — Für die Nachbehandlung empfiehlt S., die Wundhöhle mit Gaze auszukleiden, welche alsdann mit Schwämmen fest vollgestopft wird, sodass der Tampon eine kegelförmige Gestalt (mit der Basis nach aussen) erhält. Dieser Verband kann 8—10 Tage liegen bleiben. — Fisteln bleiben nach der Operation nicht ganz selten zurück: entweder als Folge ungenügender Vernähung des Appendixstumpfes oder — nach einfachen Incisionen — infolge nachträglicher Gangrän des Wurmfortsatzes. Sie sind nicht sowohl der Operation, als vielmehr der Erkrankung selber zur Last zu legen. Gewöhnlich heilen sie von selbst. — Was endlich die Operation im freien Intervall anbelangt, so ist sie bei Patienten mit dauernden Beschwerden eine sehr dankbare Operation. Aus dem Maasse dieser subjectiven Beschwerden kann man indessen auf die Grösse der vorhandenen pathologischen Veränderungen absolut keinen Schluss ziehen.

Herr Riese-Britz hat zweimal bei chronischer Appendicitis eine Pyelitis (im Alter von 15 bezw. 17 Jahren) gesehen, als deren Ursache er Abknickung des Ureters durch perityphlitische Schwarten ansieht mit sekundärer Hydronephrosenbildung.

Herr Karewski-Berlin hebt hervor, dass man bei vorhandenen Abscedierungen in der Blinddarmgegend auch an die, allerdings seltene, Vereiterung retroperitonealer Lymphdrüsen in der Kreuzbeinhöhlung zu denken habe, welche er in 4 Fällen (darunter dreimal bei Kindern) als Ursache extraperitonealer Eiterungen hinter dem Wurmfortsatz gefunden hat.

In der

Diskussion

wendet sich Herr Rotter-Berlin gegen die Auffassung Sonnenburg's, dass man bei eitriger Peritonitis im Anfalle in der Krankenhauspraxis den ganzen Wurmfortsatz entfernen müsse: er begnügt sich mit einfacher Incision des Abscesses und entfernt den Appendix im Anfall nur, wenn er sich in der Wunde sozusagen

Digitized by Google

von selber präsentiert. In 2/3 aller seiner Fälle ist R. mit der medikamentösen Behandlung allein zurecht gekommen.

Herr Kümmell-Hamburg freut sich, dass Sonnenburg in Uebereinstimmung mit den meisten anderen Chirurgen die Indikationen zum operativen Eingriff jetzt enger zieht als früher. K. glaubt, dass die Diagnose der vorliegenden anatomischen Erkrankung kaum zu machen ist; es kommt aber auf diese auch viel weniger an, als auf die klinischen Erscheinungen. Das Verhalten des Pulses ist wichtiger, als der Gang der Temperatur. Unter 850 Perityphlitiden hat er 150 im freien Intervall operiert (ohne Todesfall), 57 im Anfall (mit 37 Todesfällen), 643 nicht operiert (mit 24 Todesfällen).

Nachdem Herr Ewald bestätigt hat, dass auch für die inneren Kliniker das Verhalten des Pulses diagnostisch weit wichtiger sei als das der Temperatur, berichtet

Herr Jordan-Heidelberg die Krankengeschichte eines 7jährigen Mädchens, welches im Anschluss an eine Appendicitis mit schwerer stürmischer Peritonitis erkrankte. Operation von den Eltern verweigert. Vier Wochen später Aufnahme in die Klinik mit dem Befund der chronischen Peritonitis: in dem aufgetriebenen Abdomen ein Erguss, Temperatur subfebril, später normal. Subjectives Befinden gut. Nach 8 Tagen Laparotomie: es entleerten sich 2—3 Liter eitrigen Exsudates, welches zwischen verklebten Darmschlingen steckte. Heilung. Bakteriologisch ergab sich eine Reinkultur von Staphylokokkus pyogenes aureus.

Herr Sprengel-Braunschweig stimmt den Ausführungen Sonnenburg's zu, und erklärt einen operativen Eingriff dann für notwendig zu halten, wenn eines der 3 Cardinalsymptome: Schmerz, Fieber, Pulsbeschleunigung, beunruhigend werde.

* * *

Zum Schlusse dieses Berichtes sind noch mehrere einzelne Mitteilungen hervorzuheben, welche ein mehr oder minder grosses Interesse für die Kinderheilkunde beanspruchen können.

So teilte Herr Lexer-Berlin einen Fall von **Magenschleimhaut im persistierenden Dottergang** mit. Es handelte sich um einen, mit Erfolg operierten, einjährigen Knaben mit einer angeborenen Nabelfistel, die eine helle Flüssigkeit, klar, sauer reagierend, fadenziehend, nicht kotig, entleerte; das Sekret verhielt sich chemisch wie Magensaft, indem es Fibrin in saurer Lösung kräftig verdaute. Bei der Operation fand sich in der Bauchhöhle ein vom Nabel nach der convexen Seite einer Dünndarmschlinge ziehender, ca. 8 cm langer federkieldicker Strang, welcher sich als ein durch eine Scheidewand in 2 Hälften geteilter Fistelschlauch erwies. Das Darm-Ende der Fistel war etwa 6 cm lang und zeigte eine Auskleidung mit Lieberkühn'schen Drüsen, Becherzellen, lymphatischen Follikeln u. s. w.; der Nabelteil enthielt die Ziegenspeck'sche sog. „Pseudo-Pylorus-Schleimhaut", grosses Cylinder-Epithel mit schmalen Kernen; keine Becherformen. Auf die Drüsenschicht folgte in beiden Hälften Muscularis und Serosa. Der Grund, warum die äussere Hälfte der Fistel die Struktur der Magenschleimhaut behalten hat, ist nicht klar. Praktisch ergiebt sich hieraus, dass man in solchen Fällen doch immer zunächst noch an ein Meckel'sches Divertikel zu denken hat, und nicht etwa an ein angeborenes Magendivertikel, für welches der anatomische Nachweis bis jetzt noch immer aussteht.

Herr Körte-Berlin berichtet von einem 3/4 jährigen Kinde mit **Ileus**, welches er am 5. Tage der Erkrankung operierte; dabei zeigte sich eine rechtsspiralige Drehung des Coecum und des unteren Teiles des Ileum; der Darm war gangränös. Das Kind starb in der folgenden Nacht. Das Präparat wird demonstriert.

Herr v. Mangoldt-Dresden stellt ein 6jähriges Mädchen vor, welches nach der Cauterisation von Kehlkopfpapillomen eine **Larynx-**

Digitized by Google

stenose acquiriert hatte, die allen Dilatationsversuchen trotzte. Erst die Transplantation einer kleinen Knorpelspange von einer Rippe in den Kehlkopf vermochte die Stenose zu beseitigen.

Herr Benda-Berlin giebt zu der Frage der Entstehung der **Miliartuberkulose** nach Knochentuberkulose neue Aufschlüsse. Da die Tuberkelbacillen im Blute sich nicht vermehren, so stand man schon lange vor der Frage ob ein Knochenherd wirklich imstande ist, mit so viel Bacillen auf einmal die Blutbahn zu überschwemmen und ob die Venen in der That weit genug sind, um diese Bacillen auf einmal zu transportieren. B. hat nun Gelegenheit gehabt, in 3 Fällen von Knochentuberkulose (2 Coxitiden, 1 Wirbelcaries), die mit Miliartuberkulose endigten, nachzuweisen, dass einmal ein typischer Weigert'scher Venentuberkel, in den beiden andern Malen eine noch nicht beschriebene Endocarditis tuberculosa als erste Metastasen vorhanden waren, von welchen aus die Aussäung der Bacillen über die ganze Blutbahn vor sich ging.

Herr Krause-Altona empfiehlt auf Grund einer grossen Reihe von Versuchen die **überhitzte Luft** bei entzündlichen und rheumatischen Gelenkleiden. Auch in einem Falle von Myositis ossificans progressiva hat er sie mit gutem Erfolge gegen die starken Schmerzen angewendet.

Herr Bier-Greifswald glaubt, dass die guten Erfolge der überhitzten Luft lediglich auf dem Zustandekommen stärkerer örtlicher Gewebsdurchtränkung beruhen und hält die Anwendung venöser **Stauungshyperämie** für einfacher. Erst wenn man mit dieser nicht auskomme solle man zur Heissluftbehandlung greifen. Geradezu warnen aber müsse er vor der überhitzten Luft bei tuberkulösen Gelenken, weil diese sich unter ihrem Einfluss leicht verschlimmern.

Herr Nötzel-Königsberg hat die Wirkung der Stauungshyperämie an den Extremitäten von Kaninchen untersucht, wobei sich ihm ein bedeutender bactericider Einfluss gegenüber Milzbrandbacillen ergab. Er glaubt, dass diese Concentrierung der im Blute kreisenden Alexine auf einen kleinen Teil des Organismus auch die Ursache der antituberkulösen Wirkung der venösen Stauung sei. Uebrigens zeigt nur das frisch ausgetretene Transsudat sich baktericid wirksam; daher erklären sich wohl auch die Erfolge sowie die Misserfolge (die leichte secundäre Inficierbarkeit mit Erysipel) bei dieser Behandlung.

Ueber die Bedeutung der **Luftkeime** und der **bakteriellen Resorptionsvorgänge** hat Herr Friedrich-Leipzig Versuche gemacht, welche einerseits ergaben, dass die in der Luft suspendierten trockenen Keime (nicht etwa die aus den Haaren, dem Barte, der Mundhöhle des Operateurs stammenden) erst nach einer Zeit von 8 Stunden bei Bruttemperatur sich zu vermehren beginnen, andererseits zu dem Resultate führten, dass keine Wundinfection, nicht einmal mit Milzbrand, zustande kommt, wenn nicht mit einem gewissen — wenn auch geringen — Drucke die Keime in die Wunde hineingetrieben werden.

Dass pathogene Keime im Organismus sich unseren bakteriologischen Untersuchungen entziehen können — was z. B. für die Beurteilung der nach Typhus auftretenden Osteomyelitiden u. s. w. von Bedeutung ist — hat Herr Schnitzler-Wien durch Versuche an Fröschen nachgewiesen, deren Blut mehrere Monate nach der Impfung mit Staphylokokken bakteriologisch rein erschien: nach einer

Digitized by Google

Narkotisierung der Tiere waren die bis dahin latenten Kokken wieder massenhaft vorhanden.

Als Erreger der **Noma** spricht Herr Perthes-Leipzig einen in die Klasse der Streptotrichinen gehörenden, dem Actinomyces nahe verwandten Fadenpilz an, welchen er in 2 Erkrankungsfällen nachweisen konnte. P. beschreibt den Pilz genauer und empfiehlt therapeutisch gegen die Noma die rücksichtslose Anwendung des Glüheisens. Die Einspritzung des Behring'schen Serums hat keinen Zweck, weil die Noma mit der Diphtherie absolut nichts zu thun hat.

II. Referate.

112) **G. Drehmann.** Zur Aetiologie der congenitalen Hüftluxation, nebst Bemerkungen über die unblutige Behandlung derselben nach Paci-Lorenz.

(Aus der Breslauer chirurg. Klinik.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 13.)

Ueber die Aetiologie der angeborenen Hüftluxation sind die Meinungen noch geteilt. Lorenz nimmt einen chronisch-traumatischen Process im intra-uterinen Leben an; er meint, dass durch eine Zwangsstellung des Hüftgelenks in starker Flexion ein allmähliches Abrutschen der Gelenkflächen von einander zu Stande komme.

Hoffa, welcher früher der Dollinger-Grawitz'schen Theorie den Vorzug gab, neigt jetzt mehr einer der Lorenz'schen ähnlichen mechanischen Theorie zu und fasst die Deformität als intra-uterine Belastungsdeformität auf. Dagegen führt Heusner wieder energische Bedenken gegen derartige Theorien auf, da sie die Heredität und das häufigere Vorkommen bei Mädchen nicht berücksichtigen.

D. hatte in der Breslauer Klinik Gelegenheit, in der letzten Zeit 3 Fälle zu untersuchen, welche vielleicht etwas Licht in die Aetiologie dieses Leidens bringen können.

In dem 1. Falle handelte es sich um einen $^5/_4$ Jahre alten Knaben, welcher neben einer rechtsseitigen Hüftluxation nach hinten eine abnorme Schlaffheit fast sämtlicher Gelenke zeigte.

Der 2. Fall betrifft ein 1 jähriges Mädchen mit rechtsseitiger völliger Luxation nach hinten. Das Kind wurde nach der Anamnese des Arztes, welcher die Geburt leitete und das Kind später zur Klinik sandte, in Beckenendlage geboren; das rechte Bein war bei gestrecktem Knie am Rumpf nach oben geschlagen, der Fuss in der Achselhöhle eingeklemmt. Auch jetzt kann diese Stellung noch mit Leichtigkeit hergestellt werden. Das Knie lässt sich bei normaler Flexion bis 220° hyperextendieren, der Fuss zeigt leichte Calcaneusstellung.

Der 3. Fall endlich betrifft einen 3 jährigen Jungen mit rechtsseitiger Luxation, welcher in Steisslage extrahiert wurde. Kurz nach der Geburt äusserte das Kind bei Berührung der rechten Hüfte starke Schmerzen.

Digitized by Google

Der 2. Fall spricht für die mechanische Theorie, wie sie von Lorenz vertreten wird. Dadurch, dass der nach oben geschlagene Fuss in der Achselhöhle festgehalten wurde, kam es zu Hyperextensionsstellung im Knie, gleichzeitig zu starker Flexion und nach und nach zur Luxation im Hüftgelenk. Es ist wohl anzunehmen, dass die genannte Stellung schon längere Zeit im intra-uterinen Leben bestanden hatte, da sie sich in den letzten Monaten wegen der völligen Ausfüllung der Uterinhöhle durch die Frucht nicht mehr ausbilden kann.

Bei dem 3. Falle ist die Entstehung der Luxation während des Geburtsaktes selbst nicht ganz von der Hand zu weisen. Es könnte sich also hier um eine intra partum entstandene, somit eine traumatische Luxation handeln.

Im 1. Falle bestand eine abnorme Schlaffheit aller Gelenke, welche die Entstehung der Luxation unterstützte. Derartige Fälle werden allerdings sehr selten (J. Wolff) beobachtet, so dass sie für die Aetiologie nicht besonders in Betracht kommen können.

Beachtenswert ist, dass es sich in obigen Fällen bei ganz jungen Kindern im Gegensatz zu den Beobachtungen Kölliker's stets um hintere Luxationen handelte.

Die mechanische Theorie im Sinne von Lorenz bietet für die meisten Fälle wohl die beste Erklärung, auch die Heredität lässt sich durch eine ererbte Haltung des Fötus mit stark flektierten Hüftgelenken oder stärkerer Inflexion des Oberkörpers erklären. Trotzdem liegt die Annahme nahe, dass nicht alle Luxationen dieselbe Aetiologie haben. Dadurch lassen sich auch ungezwungen die verschiedenen Erfahrungen erklären, welche in der Behandlung des Leidens besonders mit den unblutigen Methoden gemacht wurden. Es kann ja für den Erfolg nicht gleichgültig sein, ob die Luxation in einer relativ frühen fötalen Periode sich entwickelt hat, oder ob sie in den letzten Monaten oder Wochen des intra-uterinen Lebens oder gar erst intra partum entstanden ist. Im ersten Falle sind Kopf, Pfanne und Kapsel verkümmert und zur Herstellung normaler Verhältnisse absolut ungeeignet, im letzteren Falle können vielleicht nur geringfügige Hindernisse der vollkommenen Reposition im Wege liegen. Es ist nicht zu bezweifeln, dass nach den verschiedensten in letzter Zeit empfohlenen unblutigen Behandlungsmethoden in einzelnen Fällen wirkliche radikale Heilungen im functionellen und anatomischen Sinne erzielt worden sind. Auffallenderweise aber wiederholte sich fast immer dasselbe Spiel: während die Einen mit ihrem Vorgehen gute Erfolge verzeichneten, konnten Andere, welche die Methode nachprüften, wenig erreichen. Es ist dieses nicht, wie es in der letzten Zeit gern geschieht, auf mangelhafteres Können zurückzuführen, sondern auf die Verschiedenheit der Luxationen überhaupt. Eine Reihe von Luxationen lassen sich leicht nach verschiedenen Methoden unblutig reponieren, bei anderen gelingt es wohl, den Kopf in die Höhe der Pfanne zu bringen, aber eine Retention ist bei noch so grosser Sorgfalt nicht möglich. Glücklicherweise haben wir jetzt in dem Röntgenbild einen guten Prüfstein unserer therapeutischen Massnahmen, welcher uns rechtzeitig vor übertriebenen Erwartungen schützt. Ein tadelloses Endresultat können wir nur in den Fällen mit Sicherheit erwarten, in welchen der Kopf

Digitized by Google

in der Pfanne bleibt; bei den übrigen, in welchen der nach vorn gebrachte Kopf sich dicht oberhalb der Pfanne fixiert, bleibt das Endresultat zunächst immer zweifelhaft. Der Kopf findet anfänglich zwischen dem festen Lig. Bertini und der Spina ant. inf. eine gute Stütze, ob er aber dort bleibt, ist eine andere Frage. Zur Blütezeit der blutigen Behandlung nach Hoffa und Lorenz wurde das genannte Bedenken stets der Methode von Paci, welcher immer für die unblutige Behandlung eintrat, entgegengebracht. Jetzt scheint dieser Einwurf in Vergessenheit zu geraten; es ist deshalb wohl angebracht, darauf zurückzukommen. Mit dem Mikulicz'schen Lagerungsapparat ist in einer Reihe von Fällen eine dauernde Fixation des Kopfes in der Pfanne, somit eine radikale Heilung erzielt worden. In der grösseren Zahl der Fälle aber wurde, wie man nach unserer jetzigen Kenntnis der Sache annehmen muss, nur eine Fixation des Kopfes dicht oberhalb der Pfanne erreicht. Man sah in solchen Fällen anfänglich in der Regel ein ausgezeichnetes functionelles Resultat; nach Aussetzen der Behandlung trat aber in mehreren dieser anfänglich günstigen Fälle im Verlauf von 2—3 Jahren unter dem Einfluss der zunehmenden Belastung der Kopf wieder nach hinten. Das mahnt, in der Beurteilung der Endresultate nicht zu voreilig zu sein und die Behandlung nicht allzu früh auszusetzen.

Um kurz über die gemachten Erfahrungen zu referieren, so beläuft sich die Zahl der längere Zeit behandelten Fälle auf 104. Davon kommen 88 auf das weibliche und nur 16 auf das männliche Geschlecht; 78 waren einseitige, 26 doppelte Luxationen.

Mit dem Lagerungsapparat wurden 49 Fälle, und zwar 36 einseitige und 13 doppelseitige, behandelt, 2 einseitige und 1 doppelseitiger davon wurden später unblutig eingerenkt, je 1 ein- und doppelseitiger blutig reponiert. Im Allgemeinen wurde mit dem Lagerungsapparat die Erfahrung gemacht, dass der Gang in allen Fällen gebessert wurde, in den meisten Fällen fand der Kopf in der Nähe der Pfanne eine gute Stütze, vor Allem wurde die Lordose bei doppelseitigen stets beseitigt. Bei einigen der anfänglich geheilten Fälle trat später wieder eine Reluxation nach hinten auf. Die grössere Anzahl, besonders die doppelseitigen, gehen ausgezeichnet. Die Methode erfordert indes viel Aufmerksamkeit seitens der Eltern, die leider nur zu leicht erlahmt; ihre Anwendung wurde deshalb zu Gunsten der unblutigen Einrenkung in Narkose eingeschränkt, und nur noch bei ganz jungen Kindern unter 2 Jahren durchgeführt. Für die Kinder selbst bot sie jedenfalls Vorteile, da dieselben täglich längere Zeit ohne jeden beschwerlichen Verband herumlaufen und gebadet werden konnten.

25 Fälle, und zwar 19 einseitige und 6 doppelseitige, wurden blutig eingerenkt; darunter sind 11 Fälle, bei welchen vorher die unblutige Einrenkung teils misslang, teils nicht erhalten werden konnte. Das Endresultat dieser Fälle ist im Ganzen ein gutes zu nennen.

Bei jüngeren Kindern bis zu etwa 10 Jahren erhielt man stets bewegliche Gelenke, aber häufig Neigung zu Contracturstellung, wodurch eine lange orthopädische Nachbehandlung nötig wurde. Die Contracturen traten auch nach absolut reactionsloser Heilung, bei vollkommenem Verschluss der Wunden ein. Bei hochgradigen Verkürzungen im Alter von 13—24 Jahren trat eine mehr oder weniger

Digitized by Google

ausgeprägte Steifigkeit regelmässig ein, welche jedoch den kosmetischen Enderfolg wenig beeinträchtigte.

3 Fälle einseitiger Luxation bei Mädchen im Alter von 8, 11 und 14 Jahren wurden rein orthopädisch mit Mieder, Sohlenerhöhung und Gymnastik behandelt, und es wurde ein vortreffliches Resultat erreicht.

Die unblutige Einrenkung nach Paci-Lorenz wurde in 43 Fällen, und zwar in 13 doppel- und 30 einseitigen Fällen versucht. In 5 Fällen einseitiger Luxation gelang die Reposition trotz stärkster Schraubenextension nicht; es handelte sich um Kinder von 8 bis 12 Jahren; eben so wenig in 6 doppelseitigen Fällen bei Kindern über 4 Jahren. Einseitige konnten trotz wiederholter Einrenkungen 7, doppelseitige 4 nicht in der Pfanne zurückgehalten werden.

Die Einrenkung wurde in den ersten Fällen nach der Lorenzschen Vorschrift stets nach vorheriger Schraubenextension in Angriff genommen; in den letzten 8 Fällen wurde sie ohne Extension ganz nach dem Paci'schen Einrenkungsmanöver ausgeführt. Sie gelang bei 3—5jährigen einseitigen und 3jährigen doppelseitigen Fällen ohne grössere Anstrengung. Bei allen wurde der Kopf durch die stark gespannte Muskulatur viel fester in der Pfanne fixiert, als bei den durch Extension vorbereiteten. Recht deutlich war der Unterschied bei 2 doppelseitigen Fällen, in welchen experimenti causa auf einer Seite die Reposition mit, auf der anderen ohne Extension bewirkt wurde. Während auf den nicht extendierten Seiten der Kopf gut hielt, neigte er auf den extendierten sehr leicht zur Reluxation.

In sämtlichen Fällen wurde der Erfolg durch Röntgenbilder kontrolliert, welche zum Teil durch die Gypsverbände hindurch angefertigt wurden. Zeigte es sich, dass der Kopf über den oberen Pfannenrand hinausrutschte, so wurde eine neue Reposition vorgenommen. In einigen Fällen gelang es so, trotz mehrmaliger Reluxation den Kopf definitiv in der Pfanne zu erhalten. Sich damit zu begnügen, den Kopf oberhalb der Pfanne in Aussenrotation und Abduction zu fixieren, hielt man nach den Erfahrungen mit dem Lagerungsapparat nicht für zulässig.

Der Kopf blieb in der Pfanne in 19 Fällen; davon gehen 8 längere Zeit (2—$^1/_4$ Jahr) schon ohne Verband. Eine grössere Anzahl dieser Fälle zeigte von Anfang an günstige Verhältnisse.

Unter den Röntgenbildern hat man verschiedene, welche das Zunehmen der Pfanne deutlich zeigen, bei einem haben sich anscheinend stalaktitenartige Wucherungen am oberen Pfannenrand entwickelt, welche für den Kopf ein gutes Dach bilden.

---

113) **Owen.** Eine Varietät der Hüftgelenkserkrankung bei Kindern und jugendlichen Individuen.

(Brit. med. Journal 26. XI. 98. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 16.)

O. hat, wie er in der Royal Medic. and Chirurg. Society (8. XI. 98) mitteilte, verschiedene Fälle dieser Varietät zu beobachten Gelegenheit gehabt. Dieselbe ist von einer tuberculösen Affection durchaus verschieden. Verursacht wird sie durch Mikroorganismen,

Digitized by Google

die aus einem osteomyelitischen Herd der betreffenden Femurdiaphyse ins Gelenk eindringen, was aus dem Grunde leicht geschehen kann, weil an der Bildung des Hüftgelenks auch noch die Diaphyse beteiligt ist, wodurch sich dies Gelenk von allen anderen unterscheidet. Befindet sich daher in der Diaphyse des Femur ein Eiterherd, so wird sehr leicht auch das Gelenk afficiert. Charakteristisch für eine auf diesem Wege zustande gekommene Hüftgelenkserkrankung ist das acute Einsetzen, der rapide Verlauf und die Intensität der Symptome. Therapeutisch ist die freie Eröffnung des Gelenks, die Entfernung der Epiphyse sowie, soweit sie erkrankt ist, der Diaphyse und eine ausgiebige antiseptische Irrigation indiciert. Findet dieser Eingriff nicht frühzeitig statt, so wird der Exitus letalis durch Septikämie herbeigeführt. Als Gelegenheitsursache für diese Gelenkaffection, für die O. die Bezeichnung „acute septische Para-Epiphysitis“ vorschlägt, spielt ein Trauma oder eine Allgemeinerkrankung die Hauptrolle; dadurch wird die vitale Widerstandskraft der Teile herabgesetzt, wodurch das Eindringen von Mikroorganismen erleichtert wird.

---

114) **J. Halban.** Spina bifida sacralis, durch osteoplastische Operation beseitigt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No 6.)

H. demonstrierte in der k k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (3. II. 99) das 5 monatliche Kind, das am 13. Lebenstage operiert worden ist. Es war schwach entwickelt (Frühgeburt, 2600 g, 46 cm). In der Kreuzbeingegend eine kleinapfelgrosse Meningomyelocele, welche von sehr verdünnter durchscheinender Haut bedeckt war. Der Knochendefect im Kreuzbein, durch welchen der Rückenmarksstrang austrat, war ungefähr so gross, wie ein Zwanzighellerstück. Das Kind zeigte ausserdem eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten und Paralyse im Bereiche der Muskulatur der Sprunggelenke, während die Muskulatur der Hüft- und Kniegelenke vollständig functionsfähig war. Hydrocephalus und Blasenlähmuugen bestanden nicht, dagegen war die starke Vorwölbung der Analgegend (Lähmung der Muskulatur des Beckenbodens) auffallend. Die Haut über der Geschwulst war so dünn, das sie schon nach einigen Tagen perforiert war, und neue continuirlich Liquor cerebro-spinalis abfloss. Da dies sicher zu einer Infection geführt hätte, entschloss sich H. zu der Operation.

In Narcose (Schleich'sche Mischung) wurde die Geschwulst an der Grenze, wo die gesunde Haut in die verdünnte überging, durch 2 quere Bogenschnitte umschnitten, der Bruchsack eröffnet. Es lag in ihm die Cauda equina mit den von ihr abgehenden Nerven, welche zum Teil mit dem Sacke verwachsen waren. Ein Reposition in den Wirbelkanal durch die Knochenlücke war unmöglich, weshalb H. die Cauda abschnitt, worauf der Rückenmarkstumpf versenkt und darüber die Meningen vernäht wurden. Nun machte H. einen osteoplastischen Verschluss, und zwar in der Weise, dass er mit einem feinen Meissel von den beiden seitlichen Rändern des Knochendefects

Digitized by Google

je einen etwa 1 cm breiten Periostknochenlappen bildete, dieselben mobilisierte, gegen die Mitte verschob und durch einige Nähte vereinigte. Dann Schluss der Hautwunde.

Die Verheilung ging ausserordentlich rasch per primam von statten. Der Erfolg der Operation war ein sehr guter. Die Geschwulst ist vollständig beseitigt, der Kreuzbeindefect allenthalben knöchern gedeckt. Das Kind hat sich prächtig entwickelt. Die Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten besteht weiter, ebenso die Inactivität der Sprunggelenke, gegen welche vielleicht orthopädische Massnahmen oder die Arthrodese wird angewendet werden müssen. Mit den Ober- und Unterschenkeln führt das Kind kräftige Stösse aus. Der Prolaps der Analgegend ist geschwunden, diese zeigt jetzt eine normale Configuration, was auf eine Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur hinweist. Eine Hauptgefahr bei der Operation der Spina bifida, das consecutive Auftreten eines Hydrocephalus, ist hier nicht eingetreten; der Schädelumfang beträgt 39 cm, die Knochen sind hart, Nähte und Fontanellen tadellos.

Bayer giebt als Contraindication gegen die Operation Lähmungen an, H. glaubt aber doch, dass so geringfügige Lähmungen, wie in obigem Falle, nicht dazu berechtigen, das Kind einfach zu Grunde gehen zu lassen, besonders da sich in der Litteratur Angaben finden, dass nach gelungener Operation die Lähmungen abnehmen, wofür auch das Verhalten der Beckenbodenmuskulatur in H.'s Falle spricht.

Die osteoplastische Operation bei Spina bifida wurde bisher nur 4 mal ausgeführt, 2 mal nach der Methode von Dollinger, wobei die Kreuzbeinbögen durchgemeisselt, in toto gegen die Mitte verschoben und dort vereinigt werden, 2 mal nach Bobroff, welcher einen Periostknochenlappen von der äusseren Fläche des Darmbeins samt dem M. glutaeus zur Deckung verwendet. Beide Methoden sind viel eingreifender, als das Verfahren, dass H. anwandte, auch wurden sie bei älteren Kindern — das jüngste hatte das 4. Lebensjahr bereits überschritten — ausgeführt.

---

115) **Joachimsthal.** Ueber Sehnentransplantationen bei Pes calcaneus paralyticus.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 4.)

J. demonstrierte in der Fr. Vereinigung der Chirurgen Berlins (14. XI. 98) 2 Pat., bei denen er wegen eines durch eine Lähmung der Quadricepsmuskulatur bedingten Pes calcaneus nach Nicoladoni den erfolgreichen Versuch übernommen hat, durch Einpflanzung der Sehne eines Peronealmuskels in die Achillessehne die verloren gegangene Fähigkeit der activen Plantarflexion wieder zu schaffen.

Die 1., jetzt zur Zeit 4 jähr. Pat. hat im Alter von $1^1/_2$ Jahren eine spinale Kinderlähmung des rechten Beins durchgemacht und von dieser eine Lähmung des Triceps surae zurückbehalten. Sie berührte demzufolge beim Gehen lediglich mit dem Proc. poster. calcanei, der bei der bestehenden Nachgiebigkeit der Achillessehne direct nach

Digitized by Google

abwärts in die senkrechte Verlängerung der Unterschenkelachse gesunken war, den Boden, während die Fussspitze durch die in ihrer Innervation ungeschädigten Dorsalflexoren gehoben wurde. Da Pat. bei ihrer Art der Fortbewegung, die in der Weise vor sich ging, dass sie auf der Ferse den Fuss nach auswärts drehte, nach wenig Schritten ermüdete und häufig fiel, legte J. im Mai 1898 durch einen Schnitt an der Aussenseite der Achillessehne diese letztere sowie die Peronei frei, durchtrennte den Peroneus longus in der Höhe des äusseren Knöchels und befestigte ihn bei möglichst plantarflectierter Stellung des Fusses in einen Schlitz der Achillessehne mit Seidennähten. Effect des Eingriffs ist die, wenn auch der anderen Seite gegenüber beschränkte, Fähigkeit der activen Plantarflexion im Fussgelenk. Pat. tritt mit voller Sohle auf und ist imstande grössere Strecken, ohne zu ermüden, zurückzulegen.

Bei der 2. Pat., 5 Jahre alt, deren Pes calcaneus gleichfalls Folge einer spinalen Kinderlähmung war, wurde dasselbe Resultat durch eine Transplantation des Peroneus brevis auf die Achillessehne erreicht.

---

116) **Wolff.** Ueber Gaumennaht im 1. Lebensjahr.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 Nr. 4.)

W. stellte in der Fr. Vereinigung der Chirurgen Berlins (14.XI.98) 2 geheilte Fälle von rechtsseitig durchgehender Lippen- und Gaumenspalte vor.

Fall 1. Pat. am 4. 3. 97 geboren, Tags darauf Hasenschartenoperation. Heilung mit sehr gutem kosmetischem Resultat. Am 28. 5, als das Kind $2^3/_4$ Monate alt war, Ablösung des rechtsseitigen, am 4. 6. des linksseitigen Gaumenlappens, am 12. 6. Naht. Das Kind, welches am 27. 5. 5250 g gewogen hatte, verliess am 29. 6. die Klinik mit einem Gewicht von 4500 g. Die höchste Gewichtsabnahme, 1 Tag nach der Naht, hatte 200 g betragen. Gaumen, mit Einschluss der schon langen Narbe, vollkommen geschlossen. Das Kind ist jetzt 1 Jahr 8 Monat alt, vortrefflich entwickelt, spricht ganz verständlich.

Fall 2. Pat. am 10. 1. 98 geboren. Am 21. 2. Hasenschartenoperation; Heilung mit sehr gutem kosmetischen Resultat. Am 9. 5., als das Kind nahezu 4 Monate alt war, Ablösung des rechtsseitigen, am 16. 5. des linksseitigen Lappens, am 24. 5. Naht. Am 11. 6. Entlassung mit 6850 g Körpergewicht, gegen 6650 g am 8. 5. Die höchste Gewichtsabnahme, am 3. und 5. Tage nach der Naht, hatte 150 g betragen. Heilung mit schön langer Narbe und einem feinen, beim Schlucken keine Flüssigkeit durchlassenden Fistelchen dicht hinter dem Proc. alveolaris. Ausgezeichneter Ernährungszustand des jetzt 10 Monate alten Kindes.

Unter 272 bis Dezember 1898 von W. operierten Fällen von angeborener Gaumenspalte befinden sich 66, bei welchen die Operation im 1. Lebensjahr ausgeführt wurde. Von diesen sind 45 geheilt. 14 mal war der Erfolg vorläufig mangelhaft, oder ist die Naht ganz aufgegangen. In 7 Fällen Exitus. Diese Mortalität (10,6 %) ist eine günstige, da die Mortalität der im 1. Lebensjahr ausgeführten Hasenschartenoperationen in den verschiedenen Kliniken bisher fast 40 % betrug. Ausserdem fallen noch die meisten Todesfälle in frühere Jahre, während bei der verbesserten Operationstechnik z. B. seit October 1897 unter 16 im 1. Lebensjahr operierten Kindern 14 geheilt sind, nur 2 mal die Naht aufging und kein Exitus vorkam.


Digitized by Google

117) **M. Hagedorn.** Ueber den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 2.)

Das Lebensalter des Pat. ist in Bezug auf den Zeitpunkt der Operation gleichgiltig; man kann Säuglinge ebenso gut operieren wie ältere Kinder. Die Bestimmung des Zeitpunktes der Operation richtet sich lediglich nach dem Auftreten gewisser Erscheinungen, und zwar soll man operieren, wenn die Nasenatmung nicht vollkommen vorhanden ist, oder wenn häufige Halsentzündungen vorgekommen sind, oder wenn das Gehör Einbusse erlitten hat, oder wenn nervöse Störungen (Krampfhusten, Enuresis, Kopfschmerz, Aprosexie etc.) sich einstellen, für die eine Ursache in anderen Organen nicht gefunden wird; als Gegenanzeigen lässt H. neben schweren Dyskrasien nur acute fieberhafte Erkrankungen gelten.

2 mal gab H. die Indicatio vitalis zur Operation Veranlassung, was aber selten vorkommt, da die Vergrösserung der Rachenmandel meist erst nach Ablauf des 1. Lebensjahres beginnt. Es handelte sich um Säuglinge (1 Brust- und 1 Flaschenkind) von 6 und 8 Wochen, welche infolge Nasenverstopfung nicht saugen konnten und so herunterkamen, dass Lebensgefahr bestand. Nach Entfernung der Wucherungen mit einem kleinen Gottstein'schen Messer konnten die Pat. wieder trinken und erholten sich.

---

118) **W. Nikitin.** Ein Fall von Hydrorrhoëa nasalis.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1898 Nr. 12.)

11 jähr. Mädchen, seit ihrer Kindheit an Schnupfen leidend, der durch Sekretion von eitrig-schleimiger Flüssigkeit, welche grösstenteils beide Nasenlöcher ausfüllte und an den Nasenöffnungen zu Borken eintrocknete, sich äusserte. Das Kind musste sich öfters schnäuzen, sodass 2—3 Taschentücher täglich verbraucht wurden. Gleichzeitig stellten sich häufige Kopfschmerzen ein, namentlich in der Stirn, der Appetit wurde geringer, und es trat allgemeine Schwäche hinzu. Alle diese Erscheinungen nahmen vom August 1897 zu. Bis April 1897 liess sich Pat. anderweitig behandeln, im April kam sie zu N. Pat. war genötigt, fast jeden Augenblick die Nase zu wischen und sich zu schnäuzen; bei Bewegung und Aufregung nahm die Sekretion zu, zeitweise roch es aus der Nase. In der Nacht trocknete das Sekret zu Borken ein, durch Behinderung der Nasenatmung litt der Schlaf. Ausserdem klagte Pat. über häufige Kopfschmerzen.

Pat. erschien blass, schwach, heruntergekommen. Beide Nasenlöcher von schleimig-eitriger Flüssigkeit gefüllt. Schleimhaut der Nasenmuscheln verdickt und gerötet. Freie Atmung durch die Nase nicht möglich, da bald das eine, bald das andere Nasenloch, oder beide gleichzeitig, verlegt. Im Nasenrachenraum adenoide Wucherungen von mässigem Umfang. An der hinteren Rachenwand ausgesprochene Pharyngitis granulosa. Therapie: Alkalische Berieselungen der Nasenhöhle, Entfernung der Wucherungen mit dem Gottstein'schen Messer. Die Nasenatmung war darauf merklich leichter, aus dem schleimig-eitrigen, nicht selten mit Blut gemischtem Sekret wurde ein wässriges, der Geruch verschwand, es entwickelte sich das vollkommene Bild einer Hydrorrhoëa nasalis. Pat. wischte sich fortwährend die Nase und war dadurch an jeder anderen Beschäftigung behindert; sie machte täglich 3 Taschentücher nass, und in der Nacht entstanden auf den Kissen viele steife, farblose Flecke. Das Sekret erschien schleimig-wässrig, ziemlich durchsichtig, zeigte alkalische Reaction, mikroskopisch wenig Epithelzellen und Detritus. Therapie: Nahrhafte Kost, Arsen und Eisen, Berieselung des Nasenrachenraumes mit schwacher Zinklösung (0,1 – 0,2: 200,0), intern noch Extract. Hydrast.

Digitized by Google

canad. fluid., abwechselnd mit Atropin (um die Hyperämie der Nasenschleimhaut herabzusetzen, die Energie der vasomotorischen Nerven zu heben und die Contraction der Gefässe zu wecken). Die Menge des Sekretes nahm allmählich ab, und 5 Monate nach der Operation war Pat. geheilt.

Die Affection ist eine sehr seltene, namentlich durch Lichtwitz neuerdings bekannt geworden. Derselbe sieht als Ursache eine Parese der Vasomotoren der Nasenhöhle an, welche möglicherweise reflectorisch ausgeht von einer Erkrankung der Nasenhöhle oder der Adnexa (im Lichtwitz'schen Falle Affection des Sinus frontalis). Auch N. ist dieser Ansicht, und er leitet in seinem Falle die Parese von den adenoiden Wucherungen ab, nach deren Entfernung die vorher erfolglose Therapie sehr bald zum Ziel führte; der Umstand, dass vor der Operation das Sekret mehr schleimig-eitrig war, ist wohl so zu erklären, dass sich da dem wässrigen Sekret der Nase das eitrige der Rachenhöhle beimischte.

---

119) **W. Nikitin.** Abscess der Nasenscheidewand.

(Ibidem.)

13-jähr. Mädchen klagt seit Juli 1898 über Schmerzen in der Nase, temporäres Verlegtsein derselben und Ausscheiden von Borken, welche wegen Juckreizes herausgerissen wurden, sodass Blutungen entstanden. Letztere traten aber auch selbständig auf. Im August machte Pat. eine fieberhafte Krankheit durch, welche mit Schnupfen, Husten, Schmerzen in der Nase und anderen Körperteilen einherging und 10 Tage anhielt. Pat. genas, aber das Verlegtsein der Nase wurde stärker, häufiger und anhaltender. Ende August erschien der Mutter die Nase breiter, die beiden Nasenlöcher waren durch gräulichrote, bei Berührung elastische, auf Druck unempfindliche Geschwülste ausgefüllt. Das Atmen durch die Nase wurde ganz unmöglich, Schmerzen aber fehlten.

Anfang September sah N. die Pat. Er constatierte ebenfalls die Verbreiterung der Nase und jene Tumoren, die sich leicht mit der Sonde umgehen liessen, elastisch, unempfindlich waren und nicht bluteten; sie gingen beiderseits vom Knorpelteil der Nasenscheidewand aus. Rachen, Nasenrachenraum, Kehlkopf intakt. N. incidierte und entleerte Eiter und Blut. Die Nasenscheidewand erwies sich als rauh, vom Perichondrium entblösst und bei Berührung empfindlich. Perforation war nicht vorhanden. Unter antiseptischer Behandlung genas Pat. rasch.

Solche idiopathische Perichondritis entsteht meist traumatisch (Schlag, Fall aufs Gesicht u. s. w.), auch Affectionen der Nasenschleimhaut mit Bildung von Erosionen, durch welche pathogene Mikroorganismen in die Tiefe eindringen, können die Ursache sein, endlich auch Infectionskrankheiten, besonders Influenza. Letztere ist nach N.'s Ansicht auch hier im Spiel gewesen.

---

120) **D. Galatti.** Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfes.

(Aus dem anatom. Institute des Prof. Zuckerkandl).

(Sep.-Abdr. aus Wiener klin. Wochenschr. 1899.)

G. hat äusserst sorgfältige Untersuchungen darüber angestellt und gelangte zu recht interessanten Resultaten, deren Details im Original nachgelesen werden müssen. G. giebt darüber folgendes Resumé:

Bei meinen Untersuchungen haben sich mancherlei Variationen in Bezug auf die Entwicklung sowohl bei den männlichen, als auch bei den weiblichen Kehlköpfen vorgefunden, die offenbar individuelle

Digitized by Google

Bildungen darstellen. So z. B. waren die von mir untersuchten weiblichen Kehlköpfe in den ersten zwei Lebensjahren weiter vorgeschritten, als die männlichen gleichen Alters. Gegen Ende des Kindesalters, d. h. im 9., 10. und 11. Jahre war das Verhältnis umgekehrt.

Von Anomalien citire ich die Selbständigkeit des oberen Schildknorpelhornes in zwei Fällen. An einem Objecte betraf diese Anomalie beide Hörner, an dem andern blos ein Horn.

Von auffälligen Unterschieden des kindlichen Kehlkopfes vor jenem des Erwachsenen erwähne ich die schon bekannte Lage des Zungenbeines auf den Schildknorpel. Das Zungenbein liegt in den ersten Lebensjahren auf dem oberen Rande des Schildknorpels und bedeckt den höchsten Punkt desselben vollständig von vorne her. Mit zunehmendem Alter wird der Abstand des Zungenbeines vom Schildknorpel ein grösserer, so dass erst um das sechste Lebensjahr das Ligamentum thyreohyoideum medium und laterale deutlich vortritt.

Ein in der Literatur nicht besprochener Befund ist die Neigung der Ringknorpelplatte nach rückwärts. Diese tritt beim Neugeborenen am stärksten hervor, ist noch im zweiten und dritten Jahre vorhanden und verschwindet im Laufe des vierten Jahres. Die von Bauer beschriebene Abknickung des Laryngotrachealrohres findet ihre Erklärung in dieser anatomischen Thatsache, welche auch in klinischer Hinsicht von Bedeutung sein kann. Der Eingang zum Ventriculus Morgagni ist im Verhältnis zum Abstande des Ringknorpels vom Schildknorpel sehr klein. Infolgedessen sind auch die Stimmbänder, beziehungsweise die Stimmritze im Kindesalter nicht nur absolut, sondern auch relativ um ein Bedeutendes kürzer, als beim Erwachsenen.

Der Appendix des Ventrikels bedeutet beim Kinde die Fortsetzung des ganzen lateralen Sinusanteiles nach aufwärts und nicht nur seiner vordersten Partie wie beim Erwachsenen. Diese Verschiedenheit des infantilen Kehlkopfes verschwindet im zehnten Lebensjahre.

Als engste Stelle im Laryngotrachealrohre muss die Ebene des Ringknorpelringes bezeichnet werden, welche als starres Gebilde, im Vergleiche zur Glottis, nicht nachgiebig ist.

---

121) **Railton.** Die Beseitigung multipler Larynxpapillome bei jüngeren Kindern allein durch die Tracheotomie.

(Brit. med. Journ. 1898 No. 1938. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 11.)

Man hat zuweilen beobachtet, dass bei jüngeren Kindern multiple Larynxpapillome, wegen der durch sie bedingten bedrohlichen Erscheinungen die Tracheotomie vorgenommen werden musste, sich bei längerem Tragen der Trachealkanüle ohne jede sonstige Behandlung von selbst zurückbildeten. R. berichtet nun ebenfalls über 2 derartige Fälle. Beim ersten handelte es sich um ein 3jähr. Mädchen, bei dem erhebliche Stenosenerscheinungen von Seiten

Digitized by Google

des Kehlkopfes, sowie Heiserkeit und häufige croupartige Hustenanfälle vorhanden waren. Angeblich sollte sich der Zustand während der letzten 2 Jahre allmählig bis zu dieser Schwere entwickelt haben. Eine laryngoscopische Untersuchung gelang nicht, doch vermutete R. das Vorhandensein von multiplen Larynxpapillomen. Wegen schneller Zunahme der Dyspnoë wurde die Tracheotomie ausgeführt, wobei sich sofort von allen Seiten papillomatöse Wucherungen vordrängten. Die Tachealcanüle, die später durch eine weiche Gummiröhre ersetzt ward, wurde erst nach 3$^3/_4$ Jahren definitiv entfernt, nachdem Stridor und Heiserkeit bis auf die letzten Spuren verschwunden waren. Bei der nach Heilung der Trachealwunde vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung constatierte man, dass der Larynx vollkommen frei von Tumoren war. Dieselben Verhältnisse lagen bei der 2. Patientin, einem 4jähr. Mädchen vor, die aber die Trachealkanüle resp. Gummiröhrchen nur 25 Monate zu tragen brauchte, da dann alle Erscheinungen beseitigt waren. Recidive traten beide Male nicht ein. Die Wirkung der Tracheotomie auf die Papillome führt R. darauf zurück, dass durch die Operation Dyspnoë und Husten, die Irritationsursachen entfernt werden.

---

122) **K. Gregor.** Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre (circumscripte Verengerung der Pars membranacea).

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 1.)

Am 7. II. 95 erkrankte ein 5-monatl. Kind, das wegen leichter Magendarmstörungen regelmässig vorgestellt wurde, unter den Erscheinungen einer acut entstandenen Verlegung der oberen Luftwege. Bei der Obduktion fand sich eine auf das mittlere Drittel der Trachea beschränkte, erhebliche Verengerung des Lumens vor, die wegen Fehlens irgendwelcher ätiologischer Momente als eine angeborene Missbildung aufgefasst werden musste, wie sie bisher in der Litteratur noch nicht beschrieben ist.

Pat. ist das 2. Kind völlig gesunder Eltern; ein Bruder lebt und entwickelt sich normal. Die Mutter versuchte das Kind an der Brust zu nähren, es trank aber von Anfang an nicht wie andere Kinder, liess nach kurzer Zeit die Warze los und fing an zu husten und zu schreien. Es bestand Obstipation, kein Erbrechen. Das Kind wurde fast stündlich angelegt, war aber nicht zu beruhigen und wurde deswegen am 14. Lebenstage in die Poliklinik gebracht.

Status praesens am 1. 9. 97: Ziemlich gut genährtes Kind von gesunder Hautfarbe. Lidspalten eng, schräggestellt; das knöcherne Nasengerüst ist flach, Nasolabialfalten fast verstrichen, der Gesichtsausdruck erinnert an den der mongolischen Rasse. Am rechten Daumen eine knorplige Appendix von der Grösse und Form der Endphalanx. Milz nicht palpabel. Die Atmung laut „schniefend“. An den inneren Organen nichts Abnormes, Pharynx blass, Rachenring nicht hypertrophisch. Im rechten mittleren Nasengang eine glänzende, hellrötliche Schleimhautpartie; Larynx frei. Eine Erklärung für die stark behinderte Atmung liess sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Die Atmenbeschwerden waren angeblich in der nächsten Zeit geringer, ohne dass eine Therapie der Nasenaffection eingeleitet worden war. Die Mutter, deren Brust reichlich Milch enthielt, bekam die Anweisung, das Kind in 3 stündl. Pausen anzulegen. Mit dem Fortfall der Atembeschwerden besserte sich das Allgemeinbefinden des Kindes; es schlief jetzt zwischen den einzelnen Mahlzeiten und hatte regelmässig Stuhl.

Digitized by Google

Nach Verlauf eines Monats wurde es wieder vorgestellt, nachdem es 2 Tage vorher plötzlich unter Erbrechen und Durchfall erkrankt war. Der Ernährungszustand war ein sehr mässiger, das Körpergewicht zeigte eine Abnahme von 360 g. Die Atmung bot nichts Auffälliges mehr. In der Milch der Mutter, welche noch immer reichlich secerniert wurde, waren Colostrumkörperchen nachzuweisen. Nach Leerstellung des Darmes wurde das Kind zunächst noch einige Tage ausschliesslich an der Brust weiter ernährt. Es stellte sich jedoch heraus, dass das Kind nur 30 g aus der Brust trank. Die Stuhlentleerungen waren typische Hungerstühle. Es wurde infolgedessen 2—3 mal täglich $^1/_3$ Milch $_{2/3}$ Wasser zugegeben, worauf gute Gewichtszunahme eintrat. Die Mutter setzte das Kind bald darauf ganz ab und ernährte es rationell. Der Erfolg der Ernährung war besonders im 5. Lebensmonat ein sehr guter. In der ganzen Zeit zeigte das Kind keine Beeinträchtigung seiner Atmungsfunctionen; es schlief ruhig, trank seine Mahlzeiten ohne Unterbrechung.

Anfang Februar fiel der Mutter auf, dass das Kind gewöhnlich schon 2 Stunden nach der letzten Mahlzeit erwachte, „weil es keine Luft bekam". Es trank nur halb so viel wie sonst, nahm an Körpergewicht ab, während die Stühle von normaler Beschaffenheit waren.

Am 7. 2. war wiederum eine mässige Körpergewichtsabnahme bei vollständigem Fehlen von Magendarmstörungen zu constatieren. Temp. 36,8°. Das Kind wälzte sich aufgeregt auf dem Polster hin und her, die Haut war leicht cyanotisch, die Atmung frequent, „schniefend", wie bei trocknem Schwellungskatarrh der Nasenschleimhaut. Ueber beiden Lungen normale Perkussion und vesiculäres Atemgeräusch. Im Nasenrachenraum und Kehlkopfeingang nichts Pathologisches.

Am Nachmittag des 8. 2. trat eine Steigerung der Atembeschwerden ein, infolge deren dem Kinde die Aufnahme von Nahrung oder Wasser vollständig unmöglich wurde. Die Mutter konnte an diesem Tage nicht in die Poliklinik kommen. Als das Kind am nächsten Tage vorgestellt wurde, befand es sich bereits in einem so schweren Krankheitszustand, dass ein sofortiger Eingriff indiciert schien. Temp. 36,8°. Körpergewichtsabnahme um 210 g. Der Atemtypus zeigt das Bild der hochgradigen Stenose der oberen Luftwege: Tiefe inspiratorische Einziehungen der Rippen, lautes Trachealrasseln, welches eine Auskultation der Lungen unmöglich macht. Die Percussion ergiebt überall normalen Schall. Herzthätigkeit frequent, accentuiert. Durch Palpation wurde das Bestehen eines retropharyngealen Abscesses ausgeschlossen. Das Heruntersteigen des Kehlkopfs bei der Inspiration deutete auf eine Stenose des Larynx oder des oberen Abschnittes der Luftröhre.

Nachmittag $12^1/_2$ Uhr Tracheotomie. Bei Eröffnung der Trachea wurde nach Expectoration zähen Schleimes die Atmung etwas freier, das Atemhindernis war jedoch nur zum Teil beseitigt. Der Kehlkopf bewegte sich wie vorher bei den tiefen, etwas langsameren Inspirationen deutlich nach unten. Die Einführung einer Canüle stiess auf ein im oberen Teile der Trachea sitzendes Hindernis und gelang erst, nachdem durch Steinsonden von steigender Stärke das Lumen hinreichend erweitert worden war. Die Operation war ohne Narcose ausgeführt worden. Nach Beendigung derselben war die Atmung frei, das Allgemeinbefinden bis zum Abend zufriedenstellend. Das Kind trank 2 mal seine gewöhnliche Portion, ohne zu erbrechen, aus. Bei der Abendvisite Puls 150, Temp. 37°. Die etwas erschwerte Atmung wird nach Herausnahme und Reinigung der inneren Canüle wieder frei. Nachts 11 Uhr wird ein 2. Anfall von Atemnot in derselben Weise beseitigt. Temp. 38°. Am nächsten Morgen 6 Uhr ohne weiteres Symytom als sehr frequente, schwache Herzaction Exitus letalis.

Obductionsbefund: Am Kehlkopfeingang liegt ein grosser, zäher Schleimpfropf, die Bronchien sind mit Schleim und Eiter gefüllt. In beiden Lungen ausgedehnte bronchopneumonische Heerde. Larynx und Schilddrüse bieten nichts Pathologisches. Die Trachea hat eine Länge von 48 cm; in der Höhe der obersten Ringknorpel und an der Bifurkation hat das Lumen normale Weite, an der Peripherie gemessen 30 resp. 32 mm. Fast genau in der Mitte in einer Längenausdehnung von 15 mm zeigt die Luftröhre eine Verengerung, sodass die Figur einer Sanduhr zustande kommt. Beim Aufschneiden der Trachea in der hinteren Medianlinie ergiebt sich Folgendes: In der Umgebung der Tracheotomiewunde und unterhalb derselben ist die Schleimhaut gerötet; die Entzündung schliesst ab mit dem 7. und 8. Ringknorpel. In der Höhe des 9. bis 14. Ringknorpels ist die Schleimhaut weiss, deutlich verdickt. In diesem Bezirk, dessen Weite, an der Peripherie gemessen, nur 20 mm beträgt, fehlt die Pars membranacea. Der

Digitized by Google

untere Teil der Luftröhre zeigt normale Verhältnisse. Die Pars membranacea beginnt am 2. Ringknorpel, verschmälert sich allmählich, sodass sie am 7. und 8. nur ca. 1 mm breit ist; vom 15. an spannt sie sich wieder zwischen den Knorpelenden in rasch zunehmender Breite aus. Nach einem äusseren Anlass, der eine derartige Veränderung der Trachealwand bewirken konnte, wie prävertebraler Abscess, hyperplastische Drüsen, wurde vergeblich gesucht. — Nach der Fixation des Präparates in 10%iger Formollösung trat der Farbencontrast der Schleimhaut an dem Ort der Stenose gegenüber den oberen und unteren Teile noch stärker hervor. Im letzteren war sie normaler Weise infolge der Entspannung der Muskulatur leicht gefaltet, von blassrosaer Farbe, an der verengten Stelle weiss und glatt. Im mikroscopischen Bilde war hinsichtlich der einzelnen Schichten der Trachealwandung der verengten Stelle gegenüber der oberen Partie kein Unterschied zu constatieren. Ueber das Verhalten der Schleimhaut gab die histologische Untersuchung keinen Aufschluss, weil das Präparat durch mehrfache Manipulation vor der Fixierung das Epithel vollständig eingebüsst hatte. Mit Sicherheit waren jedoch entzündliche Vorgänge oder die Residuen von solchen Narbenbildungen im Bereiche der Structur, auszuschliessen.

Nachdem somit der anatomische Befund bezüglich der Aetiologie keinen befriedigenden Aufschluss gegeben hatte, lag nur die weitere Möglichkeit vor, die Missbildung als eine angeborene aufzufassen. Aus der klinischen Beobachtung würde der Umstand ebenfalls für diese Auffassung sprechen, dass bereits in den ersten Lebenswochen ein Atemhindernis bestand, welches das Saugen sehr behinderte. Später lernte das Kind zwar an der Brust trinken, es gedieh jedoch nicht wie ein anderes Brustkind, welches seine Mahlzeiten mühelos einnimmt. In einer späteren Periode wurde constatiert, dass es, obwohl die Mutterbrust reichlich Milch enthielt, nur eine im Verhältnis zu seinem Körpergewicht sehr geringe Menge auf einmal aufnehmen konnte. Dass das Kind nicht dyspeptisch war, sondern sich zu dieser Zeit im Zustande der durch ein Saughindernis bedingten Inanition befand, beweist die gute Gewichtszunahme, welche eintritt, als dem Kinde auch die Flasche gereicht wurde.

---

123) **E. Hagenbach-Burckhardt.** Teratom der rechten Hals- und Submaxillargegend.

(Aus dem Kinderspital zu Basel.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 1.)

3 Wochen altes Kind, am 25. IX. 97 ins Spital eingetreten. Die ganze rechte Halsseite vom Jochbogen an abwärts bis zur oberen Thoraxapertur und vom Proc. mastoid. dext. an bis in die linke Submaxillargegend wird vorgewölbt durch einen kindskopfgrossen, äusserlich durch verschiedene Einschnürungen in apfelgrosse Segmente zerfallenden, scharf begrenzten Tumor. Haut über demselben überall verschieblich, von ektatischen Venen durchzogen, sieht im Allgemeinen normal aus, über den vorderen Geschwulstteilen dagegen gerötet. Consistenz des Tumors ist verschieden: In einzelnen Segmenten derb elastisch, solid, in anderen weich, fluctuierend. Die einzelnen Teile der Geschwulst sind nicht gegen einander verschieblich, der Tumor als Ganzes dagegen über der Mandibula, welche normale Bildung zeigt, und über den tieferen Organen des Halses beweglich, durch Compression lässt sich die Geschwulst nicht verkleinern. Die Atmung ist im Schlafe ruhig; beim Schreien keuchendes laryngeales resp. tracheales Stenosengeräusch, das beim Abheben von der Trachea verschwindet. Neben der ganzen Lunge hinten beiderseits zerstreute Ronchi sonori und sibilantes. Keine allgemeinen Drüsenanschwellungen, keine sonstigen Abnormitäten. Bei einer Punction wird bloss blutige Flüssigkeit (rote und weisse Blutkörperchen) aspiriert. Am 28. IX. fortwährend keuchende Atmung, zeitweise leichte Cyanose, geringe Nahrungsaufnahme, Zunahme des Umfanges der Geschwulst.

Digitized by Google

Deshalb Operation. Chloroformnarkose. Schräger Hautschnitt parallel dem Kieferrande auf der grössten Convexität der Geschwulst ca. 10 cm lang. Haut stark verdünnt. Trennung des Unterhautzellgewebes und des atrophischen Platysma. Die Geschwulst erscheint von einer derben, vollkommen glatten, glänzenden, weisslichen Kapsel umgeben. Unterbindung zahlreicher über der Geschwulstkapsel hinwegziehender Venen. Ohne grosse Mühe lässt sich die Geschwulst stumpf aus ihrer Umgebung herausschälen. Sie zeigt sich als ein über Mannesfaust grosses, aus zahlreichen haselnuss- bis pflaumengrossen Cysten und derberen, nicht fluctuierenden, rundlichen Knollen zusammengesetztes Gebilde. Einreissen der V. jugul. ext. Unterbindung; in toto 18 Unterbindungen. Nach Entfernung der Geschwulst ziemlich glatte Wundfläche. Keine Fortsätze der Geschwulst in die Tiefe. Desinfection. Hautnaht.

Weiterer Krankheitsverlauf günstig, immer afebril. Am 20. X. Wunde geheilt, am 21. X. Entlassung.

Die Untersuchung der Geschwulst ergab ein Gemisch verschiedener Gewebe, hauptsächlich der Bindesubstanzgruppe (Knorpel, Neuroglia, Fett, Fibrosarcom) mit Einschluss von massenhaften Cysten, die mit Platten-, Cylinder- oder Flimmerepithel, zuweilen mit allen 3 Epithelarten ausgekleidet sind. Einzelne Cysten stehen in Zusammenhang mit schlauchförmigen Drüsen. Auch eine Dermoidcyste fand sich mit epithelen Gebilden, namentlich Haaren, dagegen wurde nichts entdeckt von Schilddrüsensubstanz, ebenso nichts von lymphatischer (hygromatöser) Beimischung.

Es handelte sich also um ein echtes Teratom, das allerdings äusserlich leicht eine Struma vortäuschen konnte, ganz so wie bei einem 1896 von Swoboda publicierten Falle.

---

124) A. Russow. Ein Fall von Geschwulst der Brusthöhle.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1898 No. 51. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

Ein 6jähr. Knabe wurde mit einer etwa hühnereigrossen, elastisch gespannten Geschwulst der linken Brustwand, die den 4—7 Rippen zwischen Parasternal- und Mamillarlinie aufsass und im Verlaufe von 6 Monaten sich entwickelt hatte, aufgenommen. Die linke Brusthälfte ergab dumpfen Percussionston, fehlendes Atmen, Herz und Trachea waren nach rechts verdrängt. Rechts vorn war der Percussionston gedämpft tympanitisch, rechts hinten oben tympanitisch, das Atmen war vorn bis nach unten zur 3. Rippe und hinten verschärft. Eine Probepunction der linken Seite fiel negativ aus. Die Temperaturen waren leicht subfebril, der Harn normal, das Blut in seiner Zusammensetzung nicht alteriert. Unter zunehmenden, objectiv nachweisbaren Verdrängungserscheinungen des Herzens und der Lungen und daraus resultierenden Circulationsstörungen trat der Tod nach 77 Tagen ein.

Der Verlauf der Krankheit und das schnelle Wachstum der Geschwulst berechtigten zur Diagnose einer malignen Neubildung. Bei der Section erwies sich, dass die ganze linke Brusthälfte und ein Teil der rechten von einer extrapleural gelegenen Geschwulst von ziemlich harter Consistenz, hellgrauer Farbe und fasriger Structur eingenommen war, die mit den Rippen der linken Seite zusammenhing. Die linke Lunge war vollkommen plattgedrückt und luftleer. Mikroscopisch ergab sich das Bild des osteoiden Fibroms.

Digitized by Google

125) **M. W. Achmetjew.** Zur Frage von beiderseitig auftretendem Empyem im Kindesalter.

(Djetskaja Medicina 1898 No. 4/5. — Revue der russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 11/12.)

Innerhalb der letzten 11 Jahre sind im St. Olga-Kinderhospital in Moskau 186 Empyemkranke in Behandlung gewesen, wobei nur 13 mal Doppelseitigkeit constatiert wurde. Nur 1 Fall davon genas, die anderen endeten letal. Was die Aetiologie anbelangt, so trat kein doppelseitiges Empyem primär auf; 6 mal entstand es bei Lungentuberculose, 5 mal bei Septicopyämie, 2 mal nach Pneumonie.

---

126) **Kissel.** Ein Fall von Empyem bei einem 1jähr. Knaben mit Perforation des Zwerchfells und Bildung eines paranephritischen Abscesses.

(Ibidem.)

Das Wesentliche besagt die Ueberschrift. Einige Tage vor dem Tode des atrophischen Kindes war demselben ein Abscess in der linken Nierengegend eröffnet worden. Die Section deckte dann ausserdem Zeichen der Tuberculose und ein altes linksseitiges, eben durch das Diaphragma perforiertes Empyem auf, das in vivo nicht rechtzeitig erkannt worden war. Jedenfalls ist solch Verlauf bei einem Empyem sehr ungewöhnlich.

---

127) **J. Tschuprow.** Ein Fall von subphrenischem Abscess bei einem 10jähr. Knaben und die operative Behandlung.

(Ibidem.)

Einige Tage nach einem Trauma des Abdomens — beim Spielen erhielt Pat. einen Stoss mit dem Knie von seinem älteren Bruder ins rechte Hypochondrium — erkrankte der Knabe unter gastrischen Erscheinungen mit Schmerzen im Abdomen und allmählich sich steigerndem Fieber. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich und Pat. wurde ins Spital aufgenommen, wo ihm am 24. Erkrankungstage der Abscess eröffnet wurde. Nach 4 Monaten vollständige Heilung.

---

128) **Brauneck.** Zur Casuistik der Milzrupturen.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 11.)

Am 6. VIII. d. J. fiel der 15½jährige Bergmann N. „über Tage“ Nachmittags zu Boden und schlug mit der linken hinteren Rippengegend auf eine eiserne Kante auf. Der Junge verspürte an der betreffenden Stelle Schmerzen, erhob sich aber sofort wieder und ging zu Fuss nach seinem etwa 2 km entfernten Wohnort. Wegen zunehmender Schmerzen und Schwäche legte er sich zu Bett und starb in derselben Nacht, ehe ärztliche Hilfe nachgesucht war.

Bei der Section liess sich am Körper des kräftigen Jungen eine äussere Verletzung nicht feststellen, und fehlten namentlich Quetschungserscheinungen an der getroffenen Körperpartie. In der Bauchhöhle fand sich ca. 1,5 l dunkelrotes

Digitized by Google

Blut, hinter der Milz ein sehr grosser Blutkuchen. Die Milz selbst weich, blassrot. 15 cm lang, 9 cm breit, 3 cm dick; auf der dem Magen zugekehrten Seite ein das ganze Organ in der Mitte quer durchdringender, 0.5 cm tiefer Riss, auch durch die Eintrittsstelle der Gefässe gehend.

Zweifellos ist die Ursache des Todes hier die Blutung infolge der Milzruptur gewesen und letztere selbst durch den Unfall herbeigeführt worden. Rupturen von Bauchorganen bei intakten Bauchdecken sind selten, solche einer gesunden Milz noch seltener.

---

129) Wiesinger. Fall von haemorrhagischem Infarct des Hodens.
(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 7.)

W. demonstrierte in der Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg (17. II. 99) das Präparat eines haemorrhagischen Infarcts des Hodens, bedingt durch Torsion des Samenstrangs. Das $1^1/_2$ jähr. Kind erkrankte acut mit einer entzündlichen Anschwellung in der rechten Leistengegend. Der rechte Hoden fehlte im Scrotum. Die Incision legte einen schwarzroten, stark geschwollenen Hoden und Nebenhoden im Leistenkanal frei, in der Umgebung wenig blutige Flüssigkeit, frisch entzündliche Adhäsionen mit der Umgebung, Hoden und Samenstrang wurden nach Spaltung des Leistenkanals exstirpiert. Der Samenstrang zeigte sich torquiert, und zwar hatte er eine volle Umdrehung um seine Achse gemacht, welche an dem Präparat deutlich sichtbar ist, Hoden und Nebenhoden von massenhaften Haemarrhagien durchsetzt.

Nicoladoni hat solch Krankheitsbild zuerst beschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass bei gestörtem Descensus des Hodens sich auch meist Anomalien der Insertion des Samenstrangs und gleichzeitig mangelhafte Entwickelung oder völliges Fehlen des Mesorchion finden. Dies sind Momente, welche die Torsion des Samenstrangs, einem gesunden Hoden gegenüber, begünstigen. Auf die dadurch bedingte Lageveränderung des Hodens, welche auch Nicoladoni bereits betont, hat Kocher besonders aufmerksam gemacht. Es nimmt nämlich der Hoden durch die veränderte Insertion des Vas deferens und der Gefässe meist eine mehr horizontale Lage an, welche von Kocher als Inversio testis horizontalis bezeichnet wird, und welche der Torsion des Samenstrangs ganz besonders günstige Verhältnisse bietet. Kocher hält es für wahrscheinlich, dass auch die Fälle von Hodeninfarct durch Torsion, welche bei Erwachsenen beobachtet worden sind, auf ähnliche pathologisch-anatomische Verhältnisse, gestörten Descensus testis, pathologische Insertion des Samenstrangs und vor allem auf die Inversio testis horizontalis zurückzuführen sind.

Jedenfalls spielt der Leistenhoden mit den damit verbundenen Hemmungsbildungen bei dieser Affection die grösste Rolle. W. selbst hat dieselbe bei 3 Kindern im Alter bis zu 2 Jahren, sämtlich mit Leistenhoden behaftet, beobachtet, die alle fast genau das gleiche anatomische Bild darboten, wie es obiges Präparat zeigt.

Die Differentialdiagnose von einem incarcerierten Bruch, mit dem das Krankheitsbild grosse Aehnlichkeit hat durch

Digitized by Google

den acuten Beginn, die Geschwulst und die meist dabei bestehenden leichten peritonitischen Erscheinungen, stützt sich wesentlich auf das Fehlen des Hodens auf der kranken Seite im Scrotum, auf die meist local heftigeren Entzündungserscheinungen und die meist dabei bestehende, wenn auch nicht sehr erhebliche, Temperaturerhöhung.

---

130) E. Funke. Zur Statistik der incarcerierten Hernien bei Kindern bis zum Alter von 1 Monat.

(Aus dem Stadtkrankenhaus Osnabrück.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 10.)

Bei der Seltenheit der incarcerierten Hernien bei Kindern bis zum Alter von 1 Monat sind die Publikationen F.'s aus diesem Jahre resp. von 1889 2 Fälle betreffend, von Interesse. In Anamnese, Status und Verlauf stimmen beide vollständig überein, und giebt F. deshalb bloss die Krankengeschichte des 2. Falles.

4 Wochen altes männliches Kind in gutem Ernährungszustand. Eltern sind gesund. An Stuhlverstopfung hat Pat. nie gelitten, nie ist eine Hervorwölbung in der Leistengegend beobachtet worden. An einem Tage beginnt Morgens Erbrechen, welches mit Intervallen bis zum Abend anhält. Während dieses Tages kein Stuhlgang, Abdomen nicht aufgebläht. Puls 120; bei genauerer Palpation des Abdomens findet sich an der rechten äusseren Leistenöffnung, dem Verlauf des Samenstrangs entsprechend, ein 4 cm langer, wurstartiger, prall gespannter, seitlich etwas bewegbarer Tumor. Leichte Repositionsversuche sind erfolglos, weshalb zur Operation geschritten wird. Bei derselben zeigt es sich nach Einschnitt über und in der Richtung des Tumors sofort, dass es sich um eine Hernie handelt. Man findet eine incarcerierte Dünndarmschlinge im Bruchsack liegen. Es erfolgt Freilegung des Bruchsacks und Samenstrangs, Eröffnung des Bruchsacks. Reposition des gut aussehenden Darms und Vernähung der Bruchpforte nach Czerny. Im Bruchsack befand sich keine Flüssigkeit, die geblähte Darmschlinge füllte den Bruchsack vollständig aus. Am folgenden Tage spontan Stuhlgang, keine Temperaturerhöhung. Auch an den folgenden Tagen kein Fieber und regelmässig Stuhlgang. Am 10. Tage 1. Verbandswechsel. Glatte Heilung, die Seidennähte werden entfernt. Das Gewicht des Kindes betrug 2 Tage vor der Operation 7 Pfd., 3 Tage post oper. $6\frac{1}{2}$, 10 Tage post operat. $5\frac{3}{4}$ Pfd., dann stieg es wieder schnell.

Beim 1. Falle (1889) kommt nun die 9jährige Beobachtungsdauer hinzu. Die jetzige Untersuchung ergab vollständige Heilung, kein Wiederauftreten einer Hernie, trotzdem niemals post operat. ein Bruchband getragen ist. Leider ergab die Untersuchung auch eine starke Atrophie des rechten Hodens.

An den letzteren Befund anknüpfend, erörtert F. zunächst, wie man sich diese Hodenatrophie erklären soll. Es giebt 2 Möglichkeiten. Entweder sind damals beim Vernähen der Bruchpforte Nerven resp. Gefässe des Samenstrangs comprimiert und dadurch atrophiert, oder die beim Vernähen entstandene Narbe hat späterhin den wachsenden Gebilden des Samenstrangs nicht Raum gegeben, wodurch dieselben in ihrem Wachstum zurückgeblieben sind, weshalb auch der Hoden atrophisch wurde oder vielleicht nur in seinem Wachstum stehen blieb. Die letztere Erklärung erscheint die wahrscheinlichere, zumal der damalige Operateur genau weiss, dass er den Samenstrang in toto isolierte und sicher eine Beschädigung der Gebilde vermieden hat. Das Verhalten des Hodens nach Hernienradikaloperation ist noch viel zu wenig studiert, und wäre es eine sehr dankbare Aufgabe, genau festzustellen, wie sich der Hoden nach Jahren bei den verschiedenen Methoden der Radikaloperation verhält.

Digitized by Google

Auch eine Warnung spricht F. aus. Schon Stern teilte einen Fall mit, wo bei der Herniotomie der gangränöse Hoden des Kindes entfernt werden musste; die Gangrän war eingetreten nach hämorrhagischem Infarct infolge forcierter Repositionsversuche, und nur 2 Tage post incarcerat. wurde operiert! Bei so jungen Kindern ist es mit Repositionsversuchen eine sehr missliche Sache, weil wir es nicht gewohnt sind, das Mass der Kraft bei der Reposition so abzuschätzen, wie beim Erwachsenen; dazu fehlen uns die Fingerzeige für das Zuviel, die uns der Erwachsene durch Schmerzäusserungen giebt. Ausserdem ist die Operation so geringfügig, dass sie jeder ausführen kann, und hat grosse Vorzüge vor der Reposition, bei der man keine Uebersicht über die Verhältnisse hat, nicht radikal heilt und doch sehr viel schaden kann. F. warnt daher vor Repositionsversuchen bei kleinen Kindern, zumal auch in dem 2. der obigen Fälle, obwohl nur ganz leichte Repositionsversuche, eigentlich mehr eine diagnostische Palpation ausgeführt worden war, bei der Operation sich frische Haemorrhagien in dem lockeren Gewebe subcutan wie am Bruchsack zeigten.

---

131) **Heinr. Meyer** (Basel): Invaginatio ileo-colica; Laparotomie am 8. Tage, Ileostomie; spontane Desinvagination; Heilung.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899 No. 6.)

9 1/2 jähr. Knabe, am 23. XI. 98 ganz plötzlich erkrankt mit heftigen Koliken und Erbrechen. Diese Erscheinungen dauerten mit kurzer Pause in den nächsten Tagen fort; Stuhl wurde nur einmal in geringer Menge abgesetzt, Winde fehlten ebenso, dagegen bestand sehr häufiger Harndrang und Tenesmus.

Als M. den Pat. am 29. XI. zum 1. Mal sah, war dessen Allgemeinbefinden ein ordentliches, die Temp. normal, Puls ca. 100, die Zunge feucht; Erbrechen galliger, nicht fäculenter Massen persistierte, ebenso die Koliken. Der Leib nur wenig aufgetrieben, dagegen diffus druckempfindlich und liess schon äusserlich oberhalb des Nabels einen quer verlaufenden, mit dem Zwerchfell synchron sich bewegenden, sehr schmerzhaften, intraabdominellen Tumor erkennen, der sich nach links hin deutlich abgrenzen liess, gegen das rechte Hypochondrium hin jedoch diffus in der Tiefe sich verlor. Die Ileocöcalgegend war auffallenderweise am wenigsten empfindlich, auch war hier keine Geschwulst nachweisbar. Dieser letztere Befund veranlasste M., die im übrigen ja klar zu erkennende Darminvagination als solche des Colon transversum anzunehmen. Mit Rücksicht auf die seit Beginn der Erkrankung schon verflossenen 6 Tage wurde von mechanischen Repositionsmanövern abgesehen und am 30. XI. in der (zuvor soviel als möglich entleerten und gereinigten) Bauernstube zur Operation geschritten.

Medianer Bauchschnitt oberhalb des Nabels. Die Abtastung des Colon nach Emporschlagen des Netzes ergab sofort, dass die Invaginationswurst von der Ileocöcalgegend her bis etwa zur Mitte des Colon transversum reichte, doch war es nicht möglich, den rechts gelegenen, aufsteigenden Schenkel zur medianen Bauchwunde herauszuwälzen. Daher vorläufiger Schluss der Wunde durch einige Nähte und 2. Laparotomieschnitt oberhalb des Ligament. Poupart. dextri. Von hier aus war nun die Invaginationsstelle leicht abzutasten, aber auch da gelang wegen straffer Fixation des Darms auf der Beckenschaufel das Herausheben des den Invaginationshals tragenden Darmteils aus dem Bauche nicht. M. glaubte daher, immer in der Voraussetzung. dass der 7 Tage eingeklemmt gewesene Darm sehr wahrscheinlich schon partielle Gangrän aufweise, von einem Desinvaginationsversuch in der Tiefe und im Blinden Abstand nehmen zu müssen, und entschloss sich, als palliatives Mittel gegen den Ileus eine Kotfistel anzulegen. Es wurde daher die in die Invagination eintretende letzte Dünndarmschlinge aufgesucht und in einer Distanz von wenigen Centimetern vor dem Einklemmungsring im unteren Wundwinkel fixiert und durch doppelte fortlaufende Serosanaht verlässlich befestigt.

Digitized by Google

Schluss des übrigen Teils der Wunde durch 3fache Etagennaht, ebenso der medianen Bauchwunde. Als letzter Act erfolgte die Eröffnung des Darms, aus welchem sich etwas Kot und Gase entleerten. Die Fistel wurde durch eine eingelegte Airolmeche klaffend erhalten.

Der Erfolg der Operation war ein ganz unerwarteter. Erbrechen und Koliken hörten von Stunde an auf, nur war Pat. in den ersten 24 Stunden durch reichliche Schleimsekretion in Larynx und Trachea mit Husten geplagt, der indessen in Besorgniss einer wegen des Narkosezwischenfalls (Pat., der sich gegen die Narkose furchtbar gewehrt hatte, hatte bei den Bemühungen, ihn über das für seinen Zustand gefährliche Aufregungsstadium möglichst bald hinwegzubringen, vielleicht etwas zu reichlich Chloroform bekommen, sodass plötzlich Atmungsstillstand eintrat, der mehrere Minuten künstliche Respiration erforderte; die nachher wieder aufgenommene Narkose war ohne Zwischenfall zu Ende geführt worden) naheliegenden Pneumonie nicht durch Narcotica bekämpft wurde. Auffallenderweise trat der Anus praeternaturalis nie in Thätigkeit, dagegen stellten sich nach 3 Tagen wieder Winde und Stuhl per anum ein, um beim 1. Verbandwechsel (4. XII). zeigte sich der Invaginationstumor gänzlich verschwunden, der Leib weich und kaum mehr empfindlich. Die Heilung der Laparotomiewunden ging bei fieberfreiem Verlaufe reactionslos vor sich, am 10. XII. Entfernung der Nähte. 3 Wochen post operat. war die Darmfistel geschlossen, und nach ebenso langer Zeit ausschliesslich flüssiger Kost wurde bei völligem Wohlbefinden des Pat. demselben nach und nach die gewöhnliche Kost beigegeben.

Es zeigte sich hier also im Verlaufe, dass ein Desinvaginationsversuch trotz schon 7 Tage bestehender Invagination nicht contraindiciert, sondern vermutlich von Erfolg gekrönt gewesen wäre. Aber die Integrität des Darmrohrs nach so langer Zeit der Einklemmung ist ein höchst seltenes Ereignis, während genug Beobachtungen lehren, das schon nach 1—2 mal 24 Stunden am invaginierenden, durch den inneren Druck ausgedehnten, oder dem invaginierten, geklemmten Darmstück Gangrän eintreten kann. Alsberg berichtet allerdings über einen 5jähr. Knaben, den er von einer 10 Tage bestehenden acuten Invagination durch Laparotomie und manuelle Reposition befreite; er nimmt daraus Anlass zur Empfehlung, die Versuche, die Desinvagination herbeizuführen, nicht zu bald aufzugeben, citiert auch Senn, der sogar einer gewaltsamen Trennung schon bestehender Verwachsungen das Wort redet. Bei dem Alsberg'schen und obigem Pat. finden sich nun verschiedene übereinstimmende Punkte: Beide Male handelte es sich um Pat. des 2. Kindesalters, beide Male um einen trotz ausgesprochener Ileussymptome guten Allgemeinzustand, beide Male um Fehlen des Meteorismus. M. möchte nicht so weit gehen wie Alsberg, immerhin aber aus diesen Beobachtungen den Schluss ziehen, dass in Fällen, wo die Zeichen der Darmlähmung und der intestinalen Intoxikation fehlen und auch noch in späteren Tagen der Krankheit die Symptome der Darmreizung (Erbrechen, Koliken, Tenesmus) vorherrschen, wir einen guten Zustand der Darmwand eher erwarten dürfen, vor Desinvaginationsversuchen daher nicht zurückzuschrecken brauchen.

Was den Mechanismus der spontanen Desinvagination im obigen Falle anbetrifft, so haben zu derselben offenbar verschiedene Momente beigetragen. Schon die Narkose kann durch Aufhebung spastischer Muskelcontractionen am Invaginationsring einen die Reduction erleichternden Einfluss ausgeübt haben. Berichtet doch Wiesinger unter dem Chloroform ohne weitere Massnahmen eine Invagination sich haben zurückbilden sehen, und findet solch ein Vorgang in der gelegentlichen spontanen Reposition incarcerierter Hernien nach Einleitung der Narkose sein Analogon. Dazu kam die

Digitized by Google

wiederholte manuelle Abtastung des Darmwulstes und Einklemmungsringes und als weiteres, wohl wichtigstes Moment die durch die Operation geschaffene Fixation des eintretenden Darmes an der Bauchwand. Bei den durch den erwähnten Husten hervorgerufenen Erschütterungen der letzteren wurde wohl ein gewisser Zug am invaginierten Darmteil ausgeübt und so vermutlich die Desinvagination eingeleitet, die, einmal im Gange, sich erfahrungsgemäss leicht vollendet.

---

132) **John Barlow.** 2 Fälle von Darmintussusception bei Kindern.

(The Lancet 1899 No. 3936. — Berliner klin. Wochenchrift 1899 No. 11.)

Im 1. Falle handelte es sich um ein 5 Monate altes, bisher ganz gesundes Mädchen. 18 Stunden vor der Einlieferung fing es an zu schreien und die Beine ans Abdomen heranzuziehen, bei Stuhlgangsbewegungen kein Abgang aus dem After. 8 Stunden vor der Einlieferung beginnt häufiges Erbrechen, kurz darauf Abgang von etwas Schleim und Blut aus dem After. Bei der Untersuchung finden sich sehr verengte Pupillen (vielleicht von einem vor der Einlieferung aus einer Apotheke bezogenen Pulver herrührend), im Abdomen ein wurstförmiger, leicht beweglicher, schmerzhafter Tumor rechts und etwas unterhalb des Nabels fühlbar. In tiefer Narkose Einblasen von Wasserstoffgas ins Rectum. Der Tumor verkleinert sich zur Hälfte seiner Grösse, bleibt dann aber stehen, sodass die Laparotomie gemacht wird. Es handelte sich um Intussusception des Ileum in das Colon. Lösung durch Zug am Ileum und Druck auf das Colon. Naht der Bauchwunde. Die Muscularis des Ileum war in Contraction. B. vermutet als Grund der Krankheit die active Peristaltik, während grosse von der ihr Kind säugenden Mutter gegessene Quantitäten Früchte für das Kind eine Darmreizung bedingt haben sollen.

Im 2. Falle erkrankte ein gesundes, 7 Monate altes, von der Mutter gesäugtes Kind an Diarrhoë und Erbrechen und öfteren Abgang von Blut und Schleim aus dem After. Bei der Palpation ein wurstförmiger, beweglicher, schmerzhafter Tumor nachweisbar, dicht am Nabel sich nach links erstreckend. Da Repositionsversuche erfolglos sind, Laparotomie, Lösung, Naht.

---

133) **Grüneberg.** Demonstration einer congenitalen Verengerung im Colon descendens.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 15.)

Dieselbe erfolgte in der Biolog. Abteilung des Aerztl. Vereins Hamburg (14. III. 99.) mit folgender Krankengeschichte:

Pat. wurde am 4. I. d. J. geboren, nahm in den ersten Lebenstagen normale Quantitäten Nahrung zu sich, brach nicht aussergewöhnlich viel, nur fiel den Eltern die Stuhlträgheit bei dem Kinde auf. So hat es in den ersten 3 Lebenstagen überhaupt keine Entleerung gehabt, später nur durch Klystiere, und dann auch unregelmässig, harte Kotbröckel oder Durchfall. Am 21. II. konnte der Stuhl auf keine Weise hervorgerufen werden, das Kind nahm wenig Nahrung zu sich und brach häufiger. Dieser Zustand hielt die nächsten beiden Tage an, und am 24. II. erfolgte wegen Darmverschlusses die Aufnahme ins Altonaer Kinderhospital.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme zeigte sich ein normal entwickeltes Kind in mässig gutem Ernährungszustande. Bei normaler Temperatur keine Unruhe. Leib weich, nicht aufgetrieben, die Darmschlingen zeichnen sich deutlich auf den Bauchdecken ab. Bei der äusseren Palpation fühlt man feste Tumoren sowohl linker- wie rechterseits in den Darmschlingen. Bei der Untersuchung per anum fällt sofort die Enge der Passage auf sowohl im Mastdarm, als auch höher hinauf, soweit der Finger kommt, sodass man nur unter digitaler Dilatation weiter vordringen kann. Bei der combinierten Untersuchung kennzeichnen sich jene Tumoren als Kotballen. Auf mehrere hohe Einläufe wird am 1. Tage ein harter Kotbröckel von Haselnussgrösse entleert. Trotz der 2stündlichen Einläufe mit Wasser und Oel keine Entleerung. Das Kind nahm regelmässig, wenn auch kleine Quantitäten Nahrung zu sich, brach nicht, schlief ruhig, und auch der Leib zeigte keine weiteren Veränderungen. Am Abend des 26. II. erfolgte kurz nach einem hohen Einlaufe plötzlich kotiges Erbrechen, Pat. collabierte und starb bald darauf.

Die Section zeigte im übrigen gesunde Organe. Im Anfangsteile des Colon descendens präsentierte sich eine nach dem Mastdarm hinziehende, allmählich stärker werdende Verengerung des Darmlumens, dessen engste Stelle etwa 8 cm oberhalb des Mastdarms liegt. In dem Trichter oberhalb dieser Stelle lagen mehrere harte Kotballen. Das Quercolon zeigt bedeutende Dilatation und Hypertrophie der Darmwandung.

Wenn nun hier auch die Stenose keine absolute war, so hat sie jedenfalls Veranlassung zur Obstipation und so mittelbar zum Tode gegeben. Es wäre ja möglich, dass in vivo noch ein gewisser Krampf der Darmmuskulatur die Verengerung verstärkt hat, doch ist dies nicht wahrscheinlich, da die mikroscopische Untersuchung der Darmwand an der stenotischen Stelle eine allgemeine Atrophie der Schichten ergeben hat. Dass sich unterhalb der Verengerung wiederum eine Hypertrophie der Darmwand findet, muss wohl dadurch erklärt werden, dass dieser Teil noch immerhin 6 Wochen functioniert hat.

---

134) **Lycett.** Haemorrhagic infarction of the small intestine.

(Brit. med. journ. Juli 9, 1898. — Centralblatt für innere Medicin 1899 No. 11.)

Ein männliches, 1 Monat altes Kind wurde im Zustand des Collapses und moribund ins Hospital gebracht. Die Mutter, welche an Syphilis gelitten und bereits einmal abortiert hatte, gab an, dass das Kind plötzlich mit Unruhe und fäcalem Erbrechen erkrankt sei, später wäre mehrmals dünner Stuhl erfolgt. Wegen des hoffnungslosen Zustandes wurde von einem operativen Eingriff abgesehen und nur Stimulantien und Opium gereicht. Nach 2 Stunden Exitus.

Bei der Section fand sich in der Peritonealhöhle mässig viel dunkles flüssiges Blut. Der Dünndarm war in einer Ausdehnung von 4 Zoll gangränös. Eine kleine Stelle desselben gegenüber dem Mesenterialansatz war mit Eiter bedeckt; teilweise war die Darmwand zerstört und gestattete Communikation der fäcalen Massen mit der Bauchhöhle. Es bestand keine allgemeine Peritonitis; ausser am Darm fand ich nirgends Gangrän.

L. nimmt an, dass es sich hier um Obstruction der zuführenden Arterie infolge Arteriitis handelte.

---

135) **W. S. Gottheil.** Syphilis haemorrhagica neonatorum, with eruption of the varicellar type.

(Archives of Pediatrics 1898. — Dermatolog. Centralblatt 1899 No. 6.)

Ein Mädchen, dessen Eltern momentan keine Spur einer syphilitischen Erkrankung darboten und jede frühere solche in Abrede stellten, wurde mit einem 7 Zoll im Geviert messenden Tumor der

Digitized by Google

rechten Lumbalregion geboren, aus dem es continuierlich, bis zum Exitus blutete. Am 7. Tage erfolgte über den ganzen Körper eine Eruption von varicellenähnlichen Bläschen, aber mit Blut gefüllt; eine derartige, aber mit Verlust der Blasendecke, sass am weichen Gaumen als Ulceration, 2 an der Lippenschleimhaut. Sie hielten sich unverändert 4 Wochen lang; diese ganze Zeit hindurch hatte das Kind blutige Stühle und 1 mal Blutbrechen, sowie fortwährendes Bluttränfeln aus dem Naevus der Lumbalregion. In der 6. Woche erfolgten 2 starke Haemorrhagien aus letzterem, zugleich stellte sich Erbrechen und Diarrhoë ein und unter Fieber bis 41° der Exitus.

Da Varicellen nur äusserst selten hämorrhagisch werden, da hier die Eruption schon am 7. Tage erfolgte, also die Incubationsfrist zu kurz gewesen war und die Möglichkeit intrauteriner Infection mit Varicellen bisher nie erwähnt ist, da die Art des Auftretens (in einem Schub) und des Verlaufes (unveränderte Beschaffenheit durch 4 Wochen) den Varicellen nicht entspricht, da ferner hereditäre Belastung mit Haemophilie keinesfalls vorlag, entschied sich G. trotz der widersprechenden anamnestischen Daten für die Diagnose einer seltenen Form von hereditärer Syphilis haemorrhagica.

---

136) **E. R. Dawson.** A case of acute purpura haemorrhagica.

(Lancet Nr. 3934. — Dermatalog. Centralblatt 1899 Nr. 6.)

D. berichtet über einen von ihm vor zwei Jahren beobachteten Fall. Ein bis dahin gesundes 3 jähr. Kind bekommt in der Nacht plötzlich eine ausgebreitete Purpura und hat in den folgenden 12 Stunden enorme Blutverluste durch wiederholte Haematurie, Epistaxis, Haematoemesis. Die Temperatur war normal, der Puls 120, wurde immer schwächer und liess sich zuletzt gar nicht mehr fühlen; es trat Syncope ein und Pat. wurde eine Zeit lang tot geglaubt. Die Veränderungen in der Haut bestanden in stecknadelkopf- bis 50 pfennigstückgrossen, nicht erhabenen, nicht juckenden, auf Druck nicht verschwindenden Petechien. Ihre Farbe wechselte je nach der Dicke der Haut von blassroth bis tief anilinblau. Nach einer intramuskulären Ergotineinspritzung hörten die Blutungen wie mit einem Schlage auf.

---

137) **W. Gabel.** Zur Casuistik der Haemophilie.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 2.)

Die Eltern des 8jähr. Knaben leben und sind gesund; die Mutter ist eine blühende Bäuerin, die nie krank gewesen sein will, ebenso der Vater. In deren Familien kamen Vererbungskrankheiten nicht vor, von einer Neigung zu Blutungen ist nicht die Rede, nie ist etwas Aehnliches vorgekommen, wie bei dem jetzigen Pat., der ebenfalls bis zu seinem 2. Lebensjahre vollkommen gesund gewesen sein soll. Abnabelung bei der Geburt ging glatt von statten, ohne irgendwelchen nennenswerten Blutverlust. Das Kind entwickelte sich durchaus normal. Erst nach dem 2. Jahre bemerkte die Mutter, dass häufig nach einem leichten Falle, einem geringfügigen Stoss, aber auch ohne Ursache Blutbeulen, an Grösse in gar keinem Verhältnis zur erlittenen Beschädigung, entstanden, die lange nicht vergingen. Auch trat öfters spontan Nasenbluten auf, welches bis 8 Tage lang dauerte. Speziell beim Zahnwechsel stellten sich Blutungen ein, die jeden Eingreifen trotzten und manchmal tagelang andauerten. Doch nie waren die Erscheinungen so gefahrdrohend, wie beim jetzigen Zustand.

Digitized by Google

Status praesens: Schwächlich entwickeltes, verfallenes Kind, das sich kaum auf den Füssen erhalten kann. Gesichtsfarbe gelblichweiss, Schleimhäute blass. Puls 140, Temp. 37,4°. Auf den ersten Blick fällt die abnorm vergrösserte Gestalt des behaarten Kopfes auf. Der Schädel ist, von oben gesehen, quadratisch, von vorne erscheint das Kinn als spitzer Winkel eines Dreieckes, dessen breite Basis das Schädeldach bildet. Kopfmaasse: Grösste Peripherie über die stärkste Wölbung der Stirn und des Hinterhaupts 56 cm (gegen 49—53 normal), Maass von einem Ohrmuschelansatz zum andern gerade 36 cm, über den grössten Umfang 38 cm (normal 31 resp. 33 cm), Mass vom Hinterhauptshöcker zur Nasenwurzel 29 cm (normal 25). Die Anschwellung nimmt gleichmässig das ganze Schädeldach ein und erstreckt sich gegen die Stirne bis zum Arcus superciliaris, nach hinten bis zur Lambdanaht, und füllt seitwärts beide Schläfenbeingruben, dieselben nach aussen ausbuchtend, so vollkommen, dass daraus die oben beschriebene 3eckige Form des Gesichts resultiert. Haut über der Geschwulst prall gespannt, glänzend, nicht haltbar, die Anschwellung selbst von teigiger Consistenz, von solcher Dicke, dass nur bei stärkstem Drucke die darunter liegenden Kopfknochen tastbar werden. Fluctuation nicht deutlich. Ferner an den Kanten beider Unterschenkel symmetrisch thalergrosse, mässig über das Niveau erhabene, schmerzlose, an der Kuppe blau, dann abtönend gegen gelbgefärbte Hautstellen, angeblich von einem Falle herstammend. Pat. klagt über Gelenkschmerzen, objectiv nichts nachweisbar. Untersuchung der inneren Organe, des Harns, negativ.

Der weitere Verlauf gestaltete sich günstig. Zwar nahm die Anschwellung nächsten Tages ein wenig zu, speciell erschien die rechte Schläfengrube noch mehr nach aussen ausgebuchtet. Doch in 2 Tagen darauf begann die Resorption. An manchen Stellen war Fluctuation zu constatieren, die Kopfhaut nahm an den die Geschwulst begrenzenden Teilen einen schmutzig-gelblichen Farbenton an, der an manchen Stellen ins Bläuliche hinüberschimmerte. Appetit gebessert, Puls kräftiger. Am 10. Tage bedeutende Grössenabnahme der Geschwulst: Kopfknochen überall gut fühlbar, Haut bis auf die der rechten Schläfengrube überall anliegend, doch leicht verschiebbar, Puls stark, Appetit gut. 4 Wochen darauf vollkommene Resorption (am Schienbein schon viel eher!), Haut gut anliegend, von normaler Farbe.

Die Diagnose war leicht: Cephalhaematoma spurium infolge Haemophilie bei einem 8jährigen Kinde — ein Unicum. Da ein Trauma nicht stattgefunden, war die Blutung spontan erfolgt. Die Grösse der Geschwulst, die trotzdem so rasch erfolgte Erholung des Pat. zeigt wieder, wie Bluter meist solche grosse Blutverluste gut überstehen. Therapeutisch waren Eisumschläge, Plumb. acet. und Ergotin innerlich angewandt worden; sehr gut wurde die Ernährung mit Kefir nach Levy vertragen (einfach Umschütteln frischer Milch mit einer kleinen Quantität Sauermilch; bei 3—4 maligem Umschütteln stehen die Flaschen 24 Stunden in mittlerer, zuletzt kühler Temperatur).

---

138) S. Klein. Isolierte einseitige traumatische Trochlearislähmung.

(Aus der allgemein. Poliklinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 12.)

Zu den grössten Raritäten zu zählen ist die isolierte Lähmung des Trochlearis als Folge eines Traumas, welches eine intracranielle Veränderung als Lähmungsursache nach sich zieht. Derlei traumatische Ursachen, die zu Lähmung des Abducens oder des Oculomotorius führen, sind zwar auch nicht alltäglich, aber eine Reihe von einschlägigen Beispielen liegt vor. Gerade aber mit Bezug auf den N. trochlearis fehlt es bisher an bekannt gewordenen Fällen, und dürfte N.'s Fall als Unicum zu betrachten sein.

Digitized by Google

Das 10jährige, ungewöhnlich intelligente Mädchen war vor 2 Tagen auf dem Wege zur Schule infolge von Glatteis gestürzt und fiel dabei auf den Hinterkopf. Sie hatte sich beim Falle gar nicht beschädigt, fühlte nur am Hinterkopfe an der Stelle, welche gerade auffiel, einen leichten Schmerz. Schon ganz kurze Zeit darnach (sie setzte den Weg in die Schule fort) merkte sie in der Schule, wo sie sonst aber keinerlei Störung des Befindens wahrnahm, dass sie alle Gegenstände doppelt sah. Nach Schulschluss musste sie nach Haus geführt werden, weil das Doppeltsehen sie vollständig verwirrte. Zu Haus wurde sie zu Bett gebracht, es wurden kalte Umschläge gemacht. Pat. ass wie sonst, ihre Stimmung war wie sonst. Erbrechen, Kopfschmerz traten nicht ein. Tags darauf ging sie wieder in die Schule, lebte auch sonst wie immer, nur das Doppeltsehen genierte sie. Am 3. Tage kam sie in die Poliklinik.

Hier bestätigte sich die Angabe der Pat. vollkommen. Es zeigte sich, dass die Diplopie, welche bei Verschluss des einen Auges sofort schwand, um allsogleich beim Offenhalten beider Augen wieder zu erscheinen, vorzugsweise in der unteren Blickfeldhälfte sich geltend machte (Pat. erklärte auch, beim Treppenabwärtssteigen am meisten tangiert zu werden). Die Doppelbilder sind gleichnamig, stehen über- und nebeneinander, das Bild des linken Auges steht tiefer und links, mit dem oberen Ende gegen jenes des rechten Auges geneigt. Die Höhendistanz nimmt zu bei zunehmender Abwärtsbewegung der als Prüfungsobject dienenden Kerzenflamme, und um so mehr nimmt die Höhendistanz zu, je mehr das Object in der unteren Blickfeldhälfte nach rechts geht, während bei Bewegung nach links und unten die beiden Bilder in der Höhenrichtung sich immer mehr nähern, bis bei äusserster Lateralstellung (und zugleich unten) die Doppelbilder verschmelzen und Einfachsehen erfolgt. Die Diplopie erstreckt sich wohl eine bedeutende Strecke weit auch ins obere Blickfeld, doch sind die beiden Bilder einander beträchtlich genähert, und bei einer bestimmten Stellung hoch oben erfolgt Einfachsehen.

Aus der Stellung der Doppelbilder erhellt, dass die Lähmung eines Senkers, und zwar des oberen schiefen Muskels des linken Auges, vorliegt. Zur Controle wird noch bei in der Medianstellung stark gesenkten Blicke ein 16°iges Prisma mit der Basis nach unten und ca. 25° nach aussen (lateral) vor das linke Auge gehalten und hierbei verschwindet die Diplopie.

Andere Symptome von Augenmuskellähmung sind nicht vorhanden. Die beiden Augen haben ihre gewöhnliche Parallelstellung, keine Spur von Bewegungsstörung, von Strabismus. Die absolute Beweglichkeit ist vollständig erhalten, und nur bei Verdecken des rechten Auges, wobei das linke in die Fixationsstellung gezwungen wird, zeigt sich in classischer Weise die Sekundärablenkung des rechten Auges, indem selbes im Momente, da die deckende Hand sich entfernt, sehr stark noch unten und innen (links) gedreht erscheint. Von aussen erscheinen beide Augen durchaus normal, ophthalmoscopischer Befund und Sehvermögen sind ebenfalls normal. Das Allgemeinbefinden endlich ist tadellos, der Harn frei von pathalogischen Bestandteilen.

Dass das Trauma die Trochlearislähmung bewirkt hatte, lag auf der Hand. Es fragte sich nur, wie es gewirkt hatte und wo die Verletzung sass, die diese isolierte Paralyse hervorrufen konnte. Eine Verletzung an der Basis cranii würde auch andere Nerven getroffen haben, eine Knochenfractur daselbst hätte Blutungen aus Nase, Ohr, Mund u. dgl. bedingt. Es musste sich um Läsion in der Kernregion am Boden des Aquaeductus Sylvii handeln, was um so wahrscheinlicher war, als Fälle bekannt sind, in denen nach einem Sturz auf den Hinterkopf Läsionen am Boden des 3. und 4. Ventrikels zur Lähmung jener Nerven, deren Kerne daselbst gelagert sind, führten, d. i. des Oculomotorius und Abducens. Es musste ebenso hier die Kernregion des Trochlearis betroffen worden sein, und zwar zweifellos durch eine Haemorrhagie an dieser Stelle, da keine andere Veränderung eine so völlig isolierte Erkrankung nach sich gezogen, sondern noch andere Störungen bewirkt hätte, so eine Erschütterung, so eine Zerreissung von Gehirngewebe. Nur eine Gefässzerreissung mit unbedeutender Blutung konnte das hervorgebracht haben, was hier vorlag!

Digitized by Google

Was die Prognose des Falles anbetrifft, so kann man wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Resorption des Blutes in Aussicht stellen und mit derselben eine Heilung der Lähmung erwarten, besonders da es sich ja nur um eine unbedeutende Blutung handeln kann. Freilich die Möglichkeit bleibt immerhin offen, dass die Lähmung nicht ganz ausheilt, sondern dauernd bleibt, vielleicht wegen Zertrümmerung von Zellen im Kerngebiet selbst durch die kleine Blutung, nach deren Resorption Atrophie der Nervenzellen zurückbleibt. Es wäre aber auch eine andere Art von Ausgang möglich: Es ist eine alte Lehre, dass veraltete Muskellähmungen zuweilen in einfaches sogen. concomitierendes Schielen übergehen. Wenn das richtig ist, so wäre der Fall geeignet, ein neues Licht, wenigstens bezüglich eines Teiles der Fälle, über die Pathogenese des Strabismus zu verbreiten. In der Anamnese der Schielfälle spielt nämlich die Angabe über Sturz auf den Kopf eine sehr grosse Rolle. Verhältnismässig sehr häufig ist die Angabe der Angehörigen schielender, etwa im Beginn des Schulbesuchsalters stehender Kinder, wonach diese im zartesten Lebensalter einen Sturz auf den Kopf durchgemacht hatten. Da ist die Annahme sehr naheliegend, dass jener Sturz eine intracranielle Blutung in der Kernregion mit darauffolgender Lähmung nach sich zog, die dann nach jahrelanger Dauer in concomitierendes Schielen überging.

---

139) **W. H. Bunting.** Notes on the localisation of a centre in the brain cortex for raising the upper eyelid.

(Lancet, 20. Aug. 1898. — Centralblatt f. innere Medicin 1899 No. 11.)

B. beobachtete bei einem 12jähr. Knaben mit complicierter Schädelfractur direct im Anschluss an die operative Aufrichtung eines deprimierten Knochensplitters eine unilaterale Ptosis, die er auf eine bei diesem Eingriff gesetzte Verletzung des corticalen Centrums für Hebung des oberen Augenlides zurückführt; eine Kernlähmung schien ausgeschlossen. Der spätere Ausgleich der Ptosis, der sich in 10—12 Wochen vollzog, erfolgte anscheinend dadurch, dass das Centrum der anderen Hirnhälfte vicariierend eintrat. Das Centrum liegt nach B. im hinteren Schenkel der 2. Stirnwindung und reicht wahrscheinlich in die 1. Frontalwindung hinüber, also vor und oberhalb der von de Bonc und unterhalb der von Ferrier angenommenen Lage, und es ist von dem Rindencentrum resp. den Rindencentren für die übrigen Augenmuskeln getrennt, sodass ein isoliertes Befallenwerden oder Verschontbleiben vorkommt. Die Blutversorgung dieser Cortexregion ist eine zweifache, nämlich durch die Arter. cerebri anter. und die Artt. cerebrales mediae, ein Umstand, der die Seltenheit der Ptosis nach Hirnembolie erklärt.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

58) **Untersuchungen über Thiocol „Roche“** publiciert E. Rossbach (Medic.-chem. Institut der Hochschule in Bern). G. hat zunächst Fütterungsversuche mit Thiocol an Hunden vorgenommen. Zwei erbärmlich abgemagerte Hunde, deren Er-

Digitized by Google

nährungszustand trotz aller Versuche 3 Wochen hindurch nicht gehoben werden konnte, zeigten nach 6 wöchentlicher Fütterung mit insgesamt 560 gr. Thiocol eine Zunahme von $^1/_5$ bezw. $^1/_7$ ihres Körpergewichts, während die Zunahme eines normalen Controlhundes um $^1/_{11}$ des ursprünglichen Gewichtes betrug. Trotz den genannten grossen Mengen Thiocol „Roche" — bis zu 30 gr. pro die — konnte nicht das geringste Vergiftungssymptom beobachtet werden und das Befinden der Tiere blieb ein durchaus normales.

Versuche die über die Resorbierbarkeit des Thiocols an einem Menschen angestellt wurden, haben ergeben, dass etwa 72—75 % der angeführten Menge ausgenützt werden.

Subcutan konnten von Gaben bis zu 1 gr. pro die und kg. Körpergewicht in 20 % Lösung tagelang injicirt werden, ohne dass irgend welche Störungen im Allgemeinbefinden beobachtet werden konnten. Die Section ergab vollständige Resorption des Thiocols ohne Hinterlassung localer Reizung an der Injectionsstelle. Intravenös konnten getrost Mengen bis zu 0,1 gr. per kg. Körpergewicht injiciert werden, ohne dass ein wesentlicher Abfall des Blutdrucks constatiert werden konnte. Bei direkter Einwirkung selbst concentrierter (5 %) Lösungen von Thiocol „Roche", auf Menschenblut war ein Zerfall von Blutkörperchen nicht nachweisbar.

Aus seinen Untersuchungen zieht Rossbach folgende Schlüsse:

1. Thiocol „Roche" hat von den übrigen Guajacolpräparaten den Vorzug der Löslichkeit im Wasser.

2. Die Wasserlöslichkeit sowohl als die Luftbeständigkeit des Thiocols ermöglichen die Anwendung desselben in jeder Arzneiform.

3. Thiocol zeichnet sich vor allen übrigen Creosot bezw. Guajacolpräparaten durch seine hohe Resorbierbarkeit im tierischen Organismus (70 % ca.) aus.

4. Sehr zu beachten ist die Ungiftigkeit bei Darreichung per os und bei subcantaner Injection. — (Therap. Monatshefte 1899 Nr. 2.)

59) **Congenitalen Mangel des 1. und 2. Trigeminusastes** nahm van Millingen (Constantinopel) bei einem 6jähr. Mädchen an, das er wegen einer ulcerösen Keratitis behandelte. Schon lange hatten die Eltern des Kindes bemerkt, dass es sich beim Waschen die Cornea bespritzte, ohne mit den Augen zu zwinkern. M. constatierte neben Anästhesie der Cornea — er führte eine Cauterisation der Ulcera und die Iridectomie ohne Narcose aus — auch Anästhesie der Wangenschleimhaut (Pat. biss sich beim Essen regelmässig auf die Backen) und der äusseren Haut im Bereich der Stirn, der Nase und Oberlippe.
(Annales d'Oculistique, Sept. 1898. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 3.)

60) **Dr. Theinhardt's Hygiama und die lösliche Kindernahrung***) hat Dr. Freudenberg (Dresden) ausgiebig angewandt nnd sehr günstige Resultate mit beiden erzielt. — So äussert er sich u. A. über letzteres Präparat.

„Nur gute persönliche Erfahrungen, die ich mit Dr. Theinhardt's löslicher Kindernahrung gemacht habe, sind es, die mich bestimmt haben, diesem Präparat treu zu bleiben. Was gesunde Säuglinge anbetrifft, so habe ich stets alle Veranlassung gehabt, mit der Entwicklung derselben bei der Theinhardt'schen Ernährung zufrieden zu sein. In der letzten Zeit aber, wo mir grössere Quantitäten der Kindernahrung zu Versuchszwecken zur Verfügung gestanden haben, war ich in der Lage, exakte Wägungen anzustellen und habe ich mich davon überzeugt, dass die Gewichtszunahme nicht nur der von Dr. Schwechten aufgestellten normalen entspricht, sondern diese sogar manchmal übertrifft. Von frühzeitig geborenen und atrophischen Kindern bin ich gleichfalls im Stande, sehr Günstiges zu berichten. Dieselben vertrugen nicht nur Dr. med. Theinhardt's lösliche Kindernahrung sehr gut, sondern gediehen auch prächtig dabei. Nicht minder bewährte sich dieselbe bei Brechdurchfall, zumal wenn Reiswasser als Constituens gewählt wurde, und weiss ich die Vortrefflichkeit dieser Ernährungsmethode durch keinen Umstand mehr zu erhärten, als durch die Anführung der Thatsache, dass ich bislang in keinem Falle, in welchem ich dieselbe überhaupt angewandt habe, genötigt gewesen wäre, wieder von ihr abzugehen. Es ist eine wirkliche Freude, endlich auf ein Präparat zu stossen, auf welches man sich in der That verlassen kann,

---

*) Der Dr. Theinhardt'schen Nährmittel-Gesellschaft in Cannstatt wurde auf der im März stattgehabten „Ausstellung für Nahrungsmittel" in Berlin die höchste Auszeichnung (goldene Medaille) für ihre beiden Nährpräparate anerkannt.

Digitized by Google

wenn die Verhältnisse der Art sind, dass dem Kinde die naturgemässe Nahrung nicht gereicht werden kann. Somit kann ich Dr. med. Theinhardt's lösliche Kindernahrung allen Kollegen zur Anwendung bei gesunden und kranken Kindern nur bestens empfehlen."

(Reichs-Medicinal-Anz. No. 25, 1898.)

61) **Die Behandlung der Anorexie mit Orexin. tannic.** hat Dr. I. A. Goldmann (Wien) in 68 Fällen durchgeführt, und war 42 Erwachsenen und 26 Kindern (letzteren vorzüglich die sehr zweckmässigen Orexin-Chocolade-Tabletten gebend), uud erzielte ausserordentlich zufriedenstellende Resultate. So z. B. bei Erkrankungen der Bronchien und Lungen, selbst tuberculösen, wo der schon wochenlang bestehende Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme durch Orexin überwunden wurde. So bei Chlorose und Anaemie, sowohl primärer, wie secundärer, desgleichen bei Herzerkrankungen, wo Orexin als appetiterregendes Mittel sehr gute Dienste leistete, so in Fällen von protrahierter Reconvalescenz, ferner bei chron. Magenerkrankungen (Katarrhen, Atonie, hartnäckiger Dyspepsie). Endlich sah G. in 2 Fällen von Nephritis nach schwerem Scharlach geradezu vorzügliche Erfolge von Orexin. beide Pat., ein Mädchen von 7 und ein Knabe von 11 Jahren, hatten tagelang einen furchtbaren Ekel vor jeder Nahrung und nahmen fast nichts mehr, während nach 5 resp. 8 tägigem Gebrauch von je 2 Orexin-Chokolade-Tableke die Esslust sich zusehends vermehrte. Durch solche und noch mehrere hier nicht erwähnte Fälle ist G. ein warmer Verehrer des Orexins geworden, das er angelegentlichst empfiehlt. (Wiener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 9.)

62) **Jodoformogen** (Knoll) hat Dr. A. Heddaeus (chirurg. Universitätsklinik zu Heidelberg) in einer Anzahl von Fällen (Phlegmone, Risswunden, Panaritium, Caries etc.) als Streupulver angewandt und war mit den Resultaten sehr zufrieden, da die antiseptische, secretionsbeschränkende granulationsanregende Wirkung eine ausgesprochene war und auch tuberculöse Processe sehr günstig beeinflusst wurden. Noch kräftiger wurde die Wirkung, wenn gleichzeitig feuchte Verbände (essigsaure Thonerde, physiol. Kochsalzlösung) appliciert wurden. Das geruchlose Präparat ist ebenso teuer wie Jodoform, ja noch viel billiger, als dieses, da Jodoformogen dem Volumen nach 3mal leichter ist. (Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 12.)

63) **Die Silberwundbehandlung** hat einen warmen Verehrer gefunden in Marinestabsarzt Dr. Meyer (Wilhelmshafen), der mit den Präparaten, die in Betracht kommen (besonders Itrol als Wundstreupulver; Actol 1: 2000 zu Ausspülungen, ferner Itrolstäbchen 2%, und bei Allgemeininfektionen Unguent. Credé) recht günstige Resultate erzielt hat, sodass er seine Auseinandersetzungen mit den Worten schliesst: „Auf Grund meiner Erfahrungen habe ich zur Silberwundbehandlung das vollste Vertrauen gewonnen, und ich kann dieselbe nach jeder Richtung hin auf das Angelegentlichste empfehlen."

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1899 S. 33.)

64) **Injectionen von Eisenchlorid bei Angiomen und Teleangiectasien** wendet S. R. Dr. Blaschko (Berlin) seit 30 Jahren an. Er empfiehlt jetzt in 2—3 tägigen Intervallen $^1/_2$—1 Pravaz'sche Spritzen folgender Lösung subkutan zu injicieren:

Rp. Liq. ferri sesquichlorat.
Zink. chlorat. āā 1,0
Cocain, mur. 0,1
Aq. dest. ad 10,0

Die Kinder äusserten keine Schmerzen. Geringe Blutungen standen auf Eiswasserumschläge, zur Eiterung kam es nie, Recidive blieben stets aus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 16.)

65) **Eine merkwürdige Ursache für behinderte Nasenatmung** fand Goodale bei einem 2monatlichen Kinde, das die Eigentümlichkeit zeigte, dass es nur, wenn es auf dem Rücken lag, dyspnoisch war, nicht beim Sitzen. Es fand sich ein knochenharter Tumor der Uvula vor. Derselbe wurde sofort exstirpiert. Er bestand aus Kalk, Fettnadeln und Epithelien. Durch seine Schwere war er jedes Mal beim Liegen des Kindes auf die hintere Rachenwand gefallen.

(Boston med. and surgic. journ. 1898 Nr. 23. — Berliner klinische Wochenschrift 1899 Nr. 5.)

66) **Ein 5-monatliches Kind mit angeborener linksseitiger Lippen-Kiefergaumenspalte und rechtsseitiger Gaumenspalte** demonstrierte in der K. k. Gesellschaft der

Digitized by Google

Aerzte in Wien (3. II. 99) Dr. S. Weiss. Gleichzeitig zeigte das Kind eine angeborene quere, totale Abschnürung des rechten Vorderarmes knapp über dem Handgelenk. Die Entstehung der Gesichtsspalten durch amniotische Stränge oder Adhäsionen ist schon bekannt. Je eine Narbe am Filtrum der Oberlippe und linken Ohrläppchen legten mit der Coincidenz der intrauterinen Amputation in diesem Falle den Gedanken an die Entstehung der Gesichtsspalte durch Zug und Interposition solcher Ligamente nahe.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 6.)

67) **Eine angeborene Missbildung des Urogenitalapparates** von einem bisher gesunden, im Uebrigen normal entwickelten 15jährigen Mädchen, das an acutem Darmverschluss gestorben war, demonstrierte Urban in der Biolog. Abteilung des ärztl. Vereins Hamburg (17. II. 99). Es fehlte die rechte Tube, das rechte Ovarium und Ligament. rotund. Der linke Teil der inneren Geschlechtsteile war normal entwickelt, der Uterus unicornis am Fundus nach der linken Seite hin abgebogen. Ausserdem fehlten die rechte Niere und der rechte Ureter vollständig. In der Harnblase fand sich nur die linke Uretermündung, von der rechten auch nicht eine Andeutung, die Harnblase war im Uebrigen normal entwickelt. Die linke Niere war hypertrophisch, die rechte Nebenniere lag an ihrem normalen Platze und war regelrecht entwickelt. (Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 7.)

68) **Eine primäre hämorrhagische Nephritis** bei einem 10jähr. Mädchen sah Achmetjew auftreten und heilen; es fand sich keinerlei ätiologisches Moment für die Affection vor.

(Djetskaja Medicina 1898 Nr. 6.) — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 Nr. 2.)

69) **Lebercirrhose bei einem 6jähr. Kinde** sahen Hunter und Workmann. Es stellte sich heraus, dass das Kind seit Jahren von seinen Eltern beträchtliche Quantitäten Whisky erhalten hatte. Syphilis war auch bestimmt auszuschliessen.

(Glasgow med. journ. Febr. 1899. — Berliner klin. Wochen 1899 Nr. 15.)

70) **Aspirin, ein neues Salicylpräparat** (Farbenfabriken Elberfeld), eine Verbindung von Essig- und Salicylsäure, hat Dr. Witthauer (Diakonissenhaus Halle a. S.) bei Rheumatismus, Pleuritis etc. mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel zeichnet sich vor allen anderen Salicylpräparaten dadurch aus, dass es erst in Berührung mit alkalischen Flüssigkeiten, also erst im Darm in seine Bestandteile gespalten wird, sodass es also den Magen nicht angreift. Es wurde bei über 50 Pat. versucht (Erwachsene erhielten pro die 4—5 g in Grammdosen, und zwar in der Form, dass es mit etwa 3 g gestossenen Zuckers und 1 Esslöffel Wasser vermischt wurde). Alle nahmen es gern wegen seines angenehmen Geschmackes. Die Wirkung war die gleiche, wie die von Natr. salicyl., ja öfters, wenn letzteres versagte, wirkte Aspirin prompt, ohne je Herz und Magen ungünstig zu beeinflussen. Als Illustration folgender Fall: Elsbeth W., 12 Jahre alt, erkrankte am 20. XII. 98 mit Schmerzen in den Hand- und Fussgelenken, bekam Herzklopfen und wurde wiederholt ohnmächtig. Die betreffenden Gelenke waren gerötet und stark geschwollen, bald wurden auch die Knie-, Schulter- und Hüftgelenke befallen, und es entwickelte sich eine Peri- und Endocarditis, verbunden mit starker Atemnot und hohem Fieber. Verordnung: Digitalis, Natr. salicyl. $4 \times 0{,}75$. Danach sank zunächst die Temp. und die Schmerzen besserten sich, der Appetit blieb aber gering, die Atemnot besserte sich wenig, und nach 8 Tagen trat wieder Fieber und neue Schmerzen auf. Jetzt Aspirin $4 \times 0{,}75$. Nach 4 Tagen erhebliche Besserung, auch die Herzbeschwerden lassen nach, die Herz dämpfung verkleinert sich langsam, Appetit stellte sich ein, bald völlige und ungestörte Reconvalescenz. Bei der Entlassung sind die Herzgeräusche noch deutlich zu hören. (Die Heilkunde, April 1899.)

71) **Eine Methode, den Geschmack öliger Medikamente zu verdecken,** hat Dr. E. Löwy (Marienbad) von einem seiner Pat. kennen gelernt und sie bei Ol. Ricini in meherren hundert Fällen mit Erfolg benutzt. Man bringe in ein nach unten konisch zulaufendes Weinglas ca. 1 cm hoch Bier, dann die Dosis Ol. Ricini (auch Leberthran und andere Oele!) und hierauf wieder 1 cm hoch Bierschaum (kann event. rasch erzeugt werden, indem man das Bier mit Staubzucker versetzt). Das Oel schwimmt auf dem Bier, der Schaum auf dem Oel. Das Ganze wird (nicht umgeschüttelt!) auf einen Zug getrunken und hinterlässt so keinen anderen Geschmack als den des Bieres.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)

Digitized by Google

72) **Interessante Fälle von Fremdkörpern** besprachen im Wissenschaftl. Verein der Aerzte zu Stettin (6. XII. 98) Ehrlich und Schuchardt. Ersterem wurde von Dr. Jahn, dem leitenden Arzt der Kinderheilanstalt, ein 3jähr. Knabe zugeführt, der 12 Tage vorher eine markstückgrosse Consummarke (2,4 mm Durchmesser) verschluckt hatte. Jahn konnte bei dem feste Nahrung ohne Störung schluckenden Kinde mit Sonden die Münze nicht fühlen, constatierte aber durch Röntgenstrahlen, dass diese in der Höhe der Fossa jugularis frontal festsass. Ehrlich versuchte zunächst erfolglos, der Fremdkörper im Oesophagoscop zu extrahieren, welches glatt bis zur Cardia gelangte, aber beim Zurückziehen durch eine Bewegung des aus der Narkose erwachenden Pat. herausglitt, ohne dass man des Geldstückes ansichtig wurde. Darauf führte er ohne Narkose und, ohne einen Finger in den Mund zu bringen, eine gebogene, frontal fassende Schlundzange in den Pharynx, öffnete sie dort, liess das geöffnete Instrument in die Speiseröhre bis etwa in die Höhe der Fossa jugular. gleiten, schloss dann die Zange und extrahirte dann mit kräftigem Zuge die Münze. Pat. blieb gesund. — Schuchardt's Pat., ein 5jähr. Knabe, wurde ihm zugeschickt zur event. Operation, da er eine dicke Messingrolle von 3 cm Durchschnitt verschluckt habe, die mit einem zum Teil abgebrochenen Haken versehen war. Mittelst Röntgenstrahlen wurde der Fremdkörper in der Nähe des Pylorus wahrgenommen, von einem Eingriff aber abgesehen, da Beschwerden nicht vorlagen. Nach 8 Tagen kam die Meldung, der Fremdkörper sei ohne Schmerz mit dem Stuhlgang abgegangen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 3.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

12) **Die Sehleistungen von 50000 Breslauer Schulkindern.** Nebst Anleitung zu ähnlichen Untersuchungen für Aertze und Lehrer. Von Hermann Cohn. Preis geheftet 3 Mk., gebunden 4 Mk. (Breslau, Schles. Verlags-Anstalt v. S. Schottlaender). Zum ersten Male werden in dieser Schrift Zahlen vorgeführt, die in keiner Stadt der Erde auch nur den fünften Teil erreicht haben; es handelt sich um die Ergebnisse der Sehleistungen der gesamten Schuljugend einer grossen Stadt. Zum ersten Male sind hier die Sehprüfungen sämtlich im Freien angestellt worden und geben somit die wirklichen Grenzen der Sehleistung. Eine Reihe überraschender neuer praktischer und theoretischer Resultate wurden gewonnen. Sie konnten mit den vor 33 Jahren vom Verfasser bei den damaligen Schulkindern Breslaus gefundenen Leistungen, ferner mit den Sehschärfen der Naturvölker verglichen werden. Auch neue Mitteilungen aus zwei preussischen Infanterie-Regimentern sind zum Vergleiche beigefügt. Zur Anleitung für ähnliche Untersuchungen, die ja in vielen anderen Städten sicher bevorstehen, sind vom Verfasser viele praktische Winke gegeben; um aber auch die Lehrerwelt für derartige Arbeiten zu interessieren, ist die Schrift allgemein verständlich geschrieben.

13) **Dr. A. Thieles Vorbeugungs- und Verhaltungsmassregeln bei Diphteritis, zur Verteilung in Familien** (München, Seitz u. Schauer) durften bei dem billigen Preise (1 starker Block 50 Pf.) rasch Eingang bei den Aerzten finden, zumal dieselben, wenn sie den betreffenden Zettel, auf dem schwarz auf weiss das Wichtigste notiert ist, den Eltern in die Hand geben, eine gewisse Garantie dafür behalten, dass ihre Mahnungen und Belehrungen nicht in den Wind gesprochen sind.

14) Von dem in 2. Auflage erscheinenden (Ferd. Enke, Stuttgart) **Handwörterbuch der gesamten Medicin,** herausgegeben von Dr. A. Villaret sind die 12. u. 13. Lieferung (à M. 3) erschienen, die Stichworte „Gelenkverletzungen" bis „Hystero-Trachlorrhapie" enthaltend. Der Arzt findet hier beim Nachschlagen alles, dessen er bedarf, in meisterhaft präciser Form verzeichnet, sodass er sich rasch und sicher orientieren kann. Auch die pädiatrischen Artikel (z. B. Gesichtsspalte, Hydrocephalus etc.) zeichnen sich dadurch aus, das sie mit möglichst wenig Worten den Gegenstand erschöpfend erörtern und nach jeder Richtung hin nach dem neuesten Stande der Wissenschaft zu Darstellung bringen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Juli 1899.** No. 7.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

140) **E. W. Goodall.** Der Wert der Antitoxinbehandlung bei Diphtherie.

(Brit. med. Journ. 28. I. u. 4. II. 99. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 11.)

G., der ärztliche Leiter eines der grossen Londoner Hospitäler für ansteckende Krankheiten, dem in seiner Diphtherieabteilung 200 Betten zur Verfügung stehen, sucht auf Grund eigener und in den anderen Londoner Spitälern mit dem Serum gemachter Erfahrungen dessen ungemein erspriesslichen Nutzen vor Augen zu führen. Nach G.'s Erfahrungen werden nur sehr wenige Pat. ausserhalb der Hospitäler der Serumbehandlung unterzogen, sodass in der Privatpraxis die Mortalität seit Einführung des Antitoxins fast gar nicht gesunken ist, während sie in den Spi-

Digitized by Google

tälern von 1892—1897 auf die Hälfte herabging, trotzdem meist denselben nur die schwersten Fälle und dazu recht spät zugewiesen werden. In den genannten Jahren sank in den Spitälern die Mortalität stetig von Jahr zu Jahr, und entsprach dieses Sinken der zunehmenden Anwendung des Antitoxins. 1892 starben in den Londoner Spitälern 51,5 % aller Diphtheriekinder unter 5 Jahren, 1897 nur 24,9 %.

Was speziell die Fälle von laryngealer Diphtherie anbelangt, so zeigt G. an einer Reihe von Tabellen, dass in der vorantitoxischen Zeit von allen Pat. nur ca. 47,2 % gerettet wurden, von den tracheotomierten sogar nur 30 %; seit Einführung des Serums werden von allen laryngealen Fällen ca. 72,3 % geheilt, von den tracheotomierten 63,4 %. Die Tracheotomie wird dabei um so seltener nötig, je früher Serum injiciert wird, da bei mit Antitoxin behandelten Kindern der Larynx viel seltener ergriffen wird, wie Tabellen zeigen. Besonders genau sind die Beobachtungen, die G. an Scharlachreconvalescenten machte: Bei 416 solcher Kinder, die im Hospital an Diphtherie erkrankten und sofort gespritzt wurden, ging nur bei 5 (= 1,2 %) die Affection auf den Larynx über, bei 236 nicht gespritzten kam Larynxdiphtherie bei 38 (= 16,6 %) zur Entwickelung. Während der letzten 2 Jahre, in denen jedes diphtheriekranke Kind sofort nach der Aufnahme gespritzt wurde, traten nur noch vereinzelte Larynxdiphtherien auf bei Kindern, deren Larynx bei der Aufnahme noch frei war. Dementsprechend wurde auch selten Uebergang der Membranen auf die Bronchien beobachtet, wie ebenfalls 1 Tabelle zeigt.

Die postdiphtheritischen Lähmungen freilich sind nach G.'s Erfahrungen seit Einführung des Antitoxins häufiger geworden. Baginsky kam zu der entgegengesetzten Ansicht, doch erklärt sich diese Verschiedenheit vielleicht teilweise dadurch, dass in den Londoner Spitälern die Kinder viel länger als Convalescenten zurückgehalten werden, wodurch noch manche späte Lähmung beobachtet wird. Die Lähmung kam auch in früheren Jahren hauptsächlich bei sehr schweren Fällen zur Beobachtung, d. h. bei Fällen, bei denen längere Zeit hindurch grosse Mengen von Toxinen absorbiert wurden; heutzutage werden viel mehr derartige Fälle am Leben erhalten als früher, und auch so erklärt sich vielleicht die Zunahme der Lähmungen. In einer Tabelle über 1510 Fälle weist ferner G. nach, dass die Anzahl der Lähmungen um so geringer wird, je früher mit den Einspritzungen begonnen wird, da ja dann wenig schwere Fälle mehr vorkommen. Bei 293 dieser 1510 Fälle traten Lähmungen auf (= 18,3 %); wurde das Serum am 1. Tage angewendet, so kamen 5,7 % Paralysen vor, bei Serumanwendung am 2. Tage schon 10,1 %, auch hatten die Lähmungen der früher behandelten Kinder einen leichteren Charakter und eine geringere Sterblichkeit. Bei einem Vergleich der Lähmungsziffern von frühzeitig gespritzten Kindern mit solchen von Kindern, die zwar frühzeitig ins Spital kamen, aber nicht gespritzt wurden, ergiebt sich, dass die mit Antitoxin frühzeitig behandelten Kinder viel seltener Lähmungen bekommen, als die nicht so behandelten.

Ueberhaupt ist möglichst frühzeitige Serumbehandlung die Hauptsache, wie aus vergleichenden Tabellen hervorgeht. So starben von den am 1. Krankheitstage in Spitalbehandlung ge-

Digitized by Google

kommenen, aber nicht injicierten Kindern 22,5 %, während von den unter gleichen Bedingungen gespritzten nur 1,5 % starben; am 2. Tage starben 27 % gegen 5 % der Injicierten. Von den im Spital selbst an postscarlatinöser Diphtherie erkrankten Kindern starben vor Beginn der Serumbehandlung etwas über 50 %, nach Beginn derselben nur 5 %, 1897 sogar nur 4,1 % (diese Kinder bieten ein vorzügliches Vergleichungsmaterial, da sie bei Ausbruch der Krankheit schon im Spital waren und sofort der jeweils üblichen Behandlung unterzogen wurden; in den letzten Jahren wurden alle mit wenigen Ausnahmen injiciert, und die Sterblichkeit sank also von 50 % auf 4 % herunter!).

Noch die Wirkung des Antitoxins auf die klinischen Symptome zum Schluss besprechend, hebt G. die grosse Erleichterung hervor, die selbst bei hoffnungslosen Fällen noch durch die Einspritzungen erzielt wird.

---

141) **J. Allan.** Die prophylactische Wirkung des Diphtherieheilserums.

(Treatment, 12. I. 99 — Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 11.)

A. machte folgende Beobachtung: In einer Schule schliefen 60 Kinder in 2 grossen Schlafsälen. Anfangs Februar erkrankte ein Kind nach einem Besuch bei auswärtigen Freunden an Diphtherie und inficierte in der ersten Nacht 2 neben ihm schlafende Kinder. Diese 3 Fälle wurden sofort erkannt und dem Spital überwiesen. Die nächsten 5 Fälle kamen erst am 23. III. vor, ein paar Tage nachdem die zuerst erkrankten Kinder wieder zurückgekehrt waren. Eine Untersuchung der vom Spital zurückgekommenen ergab bei 2 Fällen Diphtheriebazillen im Rachen. Sie wurden streng isoliert und die 5 neuen Fälle ins Spital geschickt. Am 22. IV. wurden einige neue Fälle entdeckt, und es wurde dann erst dem Arzte mitgeteilt, dass einige Kinder in der Zwischenzeit bei gutem Allgemeinbefinden an Halsschmerzen und Schluckbeschwerden gelitten hatten. A. untersuchte nun alle Kinder und fand bei 27 den Diphtheriebazillus, bei vielen in Reinculturen. Die Kinder wurden in 3 Gruppen geteilt und isoliert. Erst am 29. IV. erhielt A. die Erlaubnis, prophylactische Injectionen bei allen zu machen, unterdessen waren aber neue Erkrankungen vorgekommen. Nach der Injection erkrankte kein Kind mehr, doch ergaben regelmässige bacteriologische Untersuchungen noch längere Zeit hindurch bei fast allen Kindern positive Befunde. Nur bei 9 von den 60 Kindern fanden sich nie die Bazillen. Erst vom 15. VI. an verschwanden sie bei allen. Gurgeln mit Kal. permang. war ganz ohne Wirkung, ebenso Einblasungen von Schwefel, dagegen verminderten sich die Bazillen nach Pinseln mit 5 %igem Carbolglycerin. A. verwandte 100—300 I.-E. zur prophylactischen Injection und glaubt, dass die Immunität etwa 4 Wochen anhält.

Digitized by Google

142) **A. A. Ssokolow.** Ein Fall von schweren Krankheitssymptomen, hervorgerufen durch Antidiphtherieserum.

Djetskaja Medicina 1898 No. 6. — Revue der russischen medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

Einem 4½jährigen, an Diphtherie erkrankten Mädchen wurden am 2. und 3. Krankheitstage zu 1500 I.-E. Serum (Behring No. III) injiciert. Am 7. Tage nach der Erkrankung, als Pat. bereits aufstehen sollte, traten folgende Krankheitserscheinungen ziemlich plötzlich auf: Müdigkeit, Uebelkeit, Schüttelfrost, Temperatursteigerung innerhalb 3 Stunden auf 39,5°. Bald darauf begann das Gesicht anzuschwellen. Die Lymphdrüsen am Halse wurden grösser und druckempfindlich. Am Abend desselben Tages klagte Pat. über Schluckweh, es stellte sich Erbrechen ein, ½ Stunde nach demselben stark ausgesprochene Urticaria am ganzen Körper, am stärksten im Gesicht. Die ganze Nacht hindurch fast ¼stündlich Erbrechen; Pat. hatte starken Durst, das Getrunkene wurde jedoch sofort wieder ausgebrochen. Durchfall, Harnretention, collapsähnliche allgemeine Schwäche. Am nächsten Tage wurden sämtliche Erscheinungen schwächer, die Temperatur begann am Abend zu sinken und wurde am 3. Tage normal. 1 Tag darauf schwand auch die Urticaria, welche besonders am 3. Tage für die Pat. durch den starken Juckreiz quälend war.

Derartige Zufälle sind ja nach Serum häufiger beobachtet worden, selten aber in solcher Heftigkeit, für die sich eigentlich ein Grund nicht eruieren liess, zumal die Dosis für das Alter durchaus nicht zu gross, das Serum untadelhaft frisch war.

---

143) **H. Neumann** (Potsdam): Die Diphtherie in meiner Praxis vom 1. I. 94 bis zum 1. IV. 98.

(Therap. Monatshefte 1899 Heft 2/3.)

183 Diphtheriefälle sind es, die N. seinen Betrachtungen zu Grunde legt, ein sehr gleichmässiges, genau beobachtetes, meist der ärmeren Praxis angehörendes Material, bei dem N. eine bestimmte Therapie — nie Serum! — consequent angewandt hat. Seine Mortalitätsziffer betrug nur 1,6 %

Die Therapie war folgende: Intern Kal. chloric. und Hydrarg. cyanat., lokal Pulv. carbon. Til. cum Sulfur. depur., resp. Natr. sozojodolic. c. Sulfur.; dann Gurgelungen mit schwachen Lösungen von Kal. permang. (sehr selten Kal. chloric. oder Aq. Calc.), endlich hydropath. Einwickelungen des Halses. Im Speziellen liess N. zuerst ½ stündl. gurgeln (bei schwer Erkrankten spritzte er selbst den Hals mittelst Diphtheriespritze 2mal tägl. aus). Alle Pat. erhielten ½—1 stündl. endweder (leichtere Fälle) Sol. kal. chloric. 3,0—5,0:200,0 thee- bis esslöffelweise, oder (schwerere Fälle, auch abwechselnd mit der vorigen) Sol. Hydrarg. cyanat. 0,1:200,0 in gleichen Portionen (von beiden sah N. nie Intoxikationen). In schwereren Fällen wurde auch das Pulver eingestäubt. Daneben stets gute Verpflegung (Eier, Bouillon, Warmbier, schwarzer Kaffee, Wein, Chaudeau, Cognac, Eiercognac, geschabtes Fleisch, Somatose, Hommel's Haematogen). Eine völlige Losstossung der Beläge erfolgte in der Regel zwischen 4.—6. Tage, über den 8. Tag (bis 12.) hielten nur 3 Fälle an. Sehr gute Dienste leistete das Sozojodolnatrium (es wirkte auch sehr gut desodorierend!) zu Insufflationen und Hommel's Haematogen, letzteres z. B. bei Lähmungen sich als ausserordentlich „nervenstärkendes" Mittel bewährend.

Digitized by Google

Die Mortalität von 1,6 %, die N. erzielte, ist eine äusserst niedrige, viel niedriger, als die der Serotherapeuten, die doch auch stolz genug sind auf ihre niedrigen Zahlen. Und doch sind auch diese niedrigen Zahlen und der günstige Verlauf der Diphtherie in der Zeit der Serumtherapie nicht Folgen der letzteren, sondern des auffallend milden Genius epidemicus von 1894 bis 97 (in neuerer Zeit scheint die Virulenz leider wieder zu steigen). Auch N. hatte bei seiner Therapie vor 1894 mehr Todesfälle und böseren Verlauf der Diphtherie, als nach 1894 trotz sich gleichbleibenden Materials und eben derselben Behandlung. Und die Potsdamer Krankenhäuser, die über dasselbe Material verfügen wie N., aber Serum einspritzten, hatten in der gleichen Zeitperiode viel höhere Mortalität (13—15%). Das Alles zeigt, dass jedenfalls das Serum nichts zu thun hat mit den besseren Heilungsresultaten der neueren Zeit, sondern dass die Milde der Krankheit, die gerade in die Serumzeit fällt, jene günstigen Resultate schuf, auf die die Serotherapeuten so stolz sind, obwohl N. ohne Serum weit bessere erzielte. So verhielt es sich auch mit der selteneren Beteiligung des Kehlkopfes, mit dem besseren Heilungserfolgen der Tracheotomie seit Einführung des Serums; nicht letzteres bewirkte diese günstigen Resultate, sondern die Milde der Epidemien der letzten Jahre, denn auch N. hatte diese Resultate in seiner Praxis zu verzeichnen — ohne Serum!

---

144) L. Knöspel. Zur Behandlung des Scharlachs und einige besondere Scharlachfälle.

(Aus der Kinderklinik zu Prag.)

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 5/6.)

Eine grosse Zahl von Scharlacherkrankungen gelangt ohne jede Therapie zur spontanen Abheilung, doch giebt es genug der schweren Fälle, die ein actives Vorgehen herausfordern, so solche, die schon in den ersten Tagen durch abnorm hohe Temperaturen, Benommenheit, Jactationen, anhaltende Delirien u. s. w. die Schwere der Infection bekunden. Hier sieht man sich vor allem des Oefteren veranlasst, antipyretisch vorzugehen. Eine medikamentöse Antipyrese ist nicht am Platze, da man ungünstige Erfahrungen damit gemacht hat, wogegen die individualisierende Hydrotherapie gerade bei der Behandlung des Scharlachs immer mehr Anhänger gefunden hat. Freilich kann auch hier ein einseitiges, schablonenhaftes Vorgehen Schaden stiften, kann die energische Anwendung dieser Methode ein zweischneidiges Schwert sein, in den Händen des erfahrenen Arztes aber bildet die Hydrotherapie einen sehr wichtigen therapeutischen Factor beim Scharlach.

K. stützt sich auf 158 beobachtete Fälle (24 leichte, 116 mittelschwere, 18 schwere) mit einer Mortalität von 24 %; unter diesen Fällen war 26 mal der Scharlach mit Nephritis, 47 mal mit Angina necrotisans, 22 mal mit Otitis media compliciert. Bei 12 Fällen von Angina necrotisans wurden die von Heubner empfohlenen intratonsillären Carbolsäureinjectionen angewandt; dieselben wurden bei denjenigen Fällen gemacht, bei welchen trotz Abblassens

Digitized by Google

des Hautexanthems die Temperatur nicht abfiel, sondern wieder hoch anstieg, und die submaxillaren Lymphdrüsen mehr und mehr anschwollen. Es droht hier von der Lymphadenitis aus die allgemeine Sepsis, und so erscheint es theoretisch schon rationell, den Versuch zu machen, der drohenden Invasion der Streptokokken an der Eingangspforte durch Antiseptika beizukommen; es machte in der That öfters den Eindruck, als ob durch diese Therapie die Nekrose der Rachenweichteile zum Stillstand gebracht, überhaupt dem weiteren Fortschreiten des Processes Einhalt gethan wurde. Die hie und da geäusserte Befürchtung, es könnte durch das Carbol leicht Nephritis entstehen, erscheint nicht begründet zu sein. Von den mit den Injectionen behandelten Fällen bekam der eine, welchem am 7. Krankheitstage nur 1 mal 1 cm^3 der Carbollösung (stets 5 %) injiciert worden war (am 7. Tage der Krankheit), am 18. Tage vom Auftreten des Exanthems an gerechnet, Nephritis, ein weiterer Fall erkrankte, nachdem am 8. Tage früh und abends je 1 cm^3 injiciert worden waren, am 17. Tage daran. Hingegen blieb Nephritis aus bei 2 Fällen, welche innerhalb $1^1/_2$ Tagen 3 Injectionen von je 1 cm^3 erhalten hatten, desgleichen der innerhalb 2 Tagen 4 cm^3 bekommen hatte, bei einem, wo innerhalb $3^1/_2$ Tage 7 cm^3 injiciert waren, und endlich bei den übrigen 6, welche 1—2 cm^3 bekommen. K. hält sonach dafür, dass die Heubner'schen Injectionen bei jeder ernsteren Angina necrotisans angewendet zu werden verdienen, da dieselben schlimmsten Falls nicht schaden.

Was nun die Hydrotherapie anbelangt, so wurde stets von milderen Proceduren ausgegangen und je nach dem Effecte bei denselben verharrt oder zu eingreifenderen Verfahren geschritten. Oft genügten auch Einwickelungen in mit kaltem Wasser getränkte Leinentücher (je nach Bedarf bis zu 10 mal am Tage wiederholt), um Beruhigung, Schlaf zu schaffen, ja die Temperatur leicht herabzusetzen. In schweren Fällen schritt man zur Bäderbehandlung (Anfangstemperatur 20—26° R., nach und nach durch Zugiessen kühleren Wassers um 4—5° R. erniedrigt, aber nicht niedriger, als 22° R), bei Bronchitis, Bronchopneumonie, starker Benommenheit mit Uebergiessung im Bade mit kühlerem Wasser; auch in schweren Fällen liess sich dann nicht selten eine günstige Veränderung des Gesamtzustandes erkennen, Wiederkehr des Bewusstseins, Appetit, verminderte Pulsfrequenz, Schlaf, bessere Respiration u. s. w. Von sehr kühlen oder sehr häufigen Bädern wurde abgesehen, weil es nicht auf dauernde Herabsetzung der Temperatur, sondern eben nur auf erfrischende Wirkung auf Nerven, Puls, Respiration etc. ankam. Diese wurde erreicht, und hat K. den Eindruck gewonnen, dass eine individualisierende Hydrotherapie bei Scarlatina letztere günstig beeinflusst, ohne, wie behauptet worden ist, den Eintritt einer Scharlachnephritis zu begünstigen. Unter den hydrotherapeutisch behandelten Fällen kam es sogar nur in 16 % zur Nephritis, in den übrigen zu 23 %.

Die Frage, ob absolute Milchdiät das Eintreten der Nephritis verhindern kann, muss K. entschieden verneinen. Er hatte in mehreren Epidemien beobachtet, wie auch trotz strictester Durchführung dieser Diät Nephritis häufig genug eintrat, deren Häufigkeit offenbar nur von dem Charakter der herrschenden Epidemie abhängt. Seither wurde

Digitized by Google

die ausschliessliche Milchdiät bei scharlachkranken Kindern nicht mehr in voller Strenge eingehalten, zumal jene oft nicht vertragen wird. K. hält es für durchaus gestattet, schon in den ersten Tagen Suppe und leichte Amylacea zu reichen, ferner, nach Ablauf des Fiebers auch Ei und Eierspeisen hinzuzufügen, sowie nach Ablauf der 3. Woche mit leichter Fleischkost zu beginnen. Auch bei schon vorhandener Nephritis, welche ja vorwaltend Milchkost indiciert, wurde diese auf die Dauer nicht als ausschliessliche Ernährung gewählt, damit Unterernährung und Entkräftung vermieden wurden; es empfiehlt sich sogar, bei langdauernden Albuminurien vor der Darreichung leichter Fleischspeisen nicht zurückzuschrecken, da diese sich oft wochenlang hinschleppenden Fälle gerade bei kräftiger Ernährung günstiger verlaufen.

Auch atypische Fälle kamen in der letzten Epidemie vor. So war mehrfach die Angina ganz unbedeutend, 1 mal ganz fehlend, wobei die Temperatur entweder nur am Tage der Eruption des Ausschlages sich beträchtlicher erhob oder nur an einem oder dem anderen Tage geringe Erhebungen darbot, oder sogar der ganze Verlauf der Scharlacherkrankung fieberlos war. Dass gerade solche Fälle mit sehr geringfügigen Symptomen oft im weiteren Verlaufe von einer Nephritis gefolgt werden, die event. recht schwer verläuft, zeigte sich auch hier 2 mal; bei einem der Fälle trat die Nephritis erst am 35. Krankheitstage ein. Auch Scarlatina sine exanthemate ward beobachtet und 1 mal ein ausgesprochener chirurgischer Scharlach.

---

145) **Heller.** Scarlatina perversa.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 7.)

Mit diesem Namen bezeichnete H. im Aerztl. Verein in Nürnberg (7. VII. 98) einen Fall, der sich dadurch auszeichnete, dass er mit einer Nephritis begann und mit einem typischen Scharlachexanthem endigte.

Ein 10jähriger, sonst gesunder Knabe erkrankte Mitte März 1898 an einer acuten Nephritis mit allen charakteristischen Symptomen: grosser Hautblässe, Oedem um die Augen, hochgradiger Albuminurie, starkem braunroten Harnsediment, bestehend aus Detritus und fettig degenerierten Epithelien und Cylindern, reichlicher Blutbeimischung. Die Krankheit verlief unter Milchdiät und warmen Bädern gutartig, ohne weitere wesentliche Complikationen, aber doch sehr langsam und unter häufigem Wechsel des Harnbefundes in quantitativer Hinsicht. Am 10. V. trat plötzlich unter nur leichtem Fieber (38,8°) und nur ganz leichter Angina ein sehr intensives Scharlachexanthem auf, das ganz normal mit späterer sehr starker Desquamation verlief. Von dem Auftreten des Exanthems an änderte sich der Urin mit einem Schlage. Das unmittelbar vorher noch bestehende Sediment verschwand vollständig, der Urin wurde rein und klar und zeigte nur wenige Tage noch einigemal Eiweiss, womit die Krankheit abschloss und der Knabe als vollständiger Reconvalescent betrachtet werden konnte.

In der 2. Februarhälfte behandelte H. den Knaben wegen Rhinitis mit Nasenrachenspülungen. Ob dieselben imstande waren, die gewöhnliche Localisation des initialen Scharlachs in den oberen Luftwegen hintanzuhalten und einen modificierenden Einfluss auf den ganzen Krankheitsverlauf auszuüben? Nach W.'s Erfahrungen liegt dies nicht ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit.

Digitized by Google

146) **N. Filatow.** Ueber schleichende und fieberlose Formen der Influenza.

(Medicinskoje Obosrenje 1899 Nr. 1. — Revue der russisch. medicinischen Zeitschriften 1899 Nr. 1.)

F. führt eine Reihe von Krankengeschichten vor (meist Kinder betreffend), welche den eigentümlichen Verlauf der schleichenden und chronischen Influenza charakterisieren. Im allgemeinen kann man da 2 Typen unterscheiden: 1) beständiges Fieber, remittierend oder intermittierend, mehrere Wochen, auch Monate lang, und 2) Recidive von einzelnen kleinen Attaquen im Verlaufe von einigen Jahren.

In der Mehrzahl der Fälle der 1. Kategorie beginnt die Krankheit in Form der leichten katarrhalischen Influenza, statt aber in 5—7 Tagen zu verschwinden, zieht sie sich auf unbestimmte, lange Zeit hin, in leichten Fällen auf 3—4 Wochen, in schwereren auf 2—5 Monate, wobei das Fieber gewöhnlich nicht hoch ist (38,5°). Das Maximum der Temperatur fällt häufig in eine bestimmte Tageszeit (12—4 Uhr); gewöhnlich beobachtet man beim Abfallen derselben Frost, sodass event. Malaria vorgetäuscht wird. Zuweilen verläuft die chron. Influenza ganz fieberlos, jedoch in Paroxysmen: Frostgefühl, starke Mattigkeit, Schweiss, Schnupfen und Husten sind gewöhnlich gar nicht vorhanden, Milz und Leber dagegen zuweilen etwas vergrössert.

Was die 2. Form anbetrifft, so unterscheiden sich die einzelnen Attaquen durch nichts von der gewöhnlichen Influenza; die Temperatur steigt häufig bis 40° und darüber, kann aber noch normal bleiben; häufig fehlen katarrhalische Erscheinungen gänzlich. Die Parxoysmen dauern 1—3 Tage. Differentialdiagnostisch kommen Typhus, Malaria, Miliartuberculose in Betracht; ausser der Anamnese, die häufig Anhaltspunkte abgiebt, müssen Widal'sche und Ehrlich'sche Reaction berücksichtigt werden, das Blut auf Plasmodien untersucht werden u. s. w.

Therapeutisch hat F. Chinin, Arsen (intern und subcutan), Phenacetin, Salicyl ohne Erfolg versucht; einige Male schien ihm das Pöhl'sche Spermin (Essentia Sperm. pro usu intern. 3—4 mal tägl. 20—30 Tropfen) von Nutzen zu sein. Reine, warme Luft ist ein Heilfactor, und ist event. Ueberführung in ein warmes Klima angezeigt.

---

147) **Cesare Loi.** Euchinin gegen Malaria.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 27.)

L. gab Kindern 1—2 mal täglich 10—20 cg. Viele wurden vom Eintritt der Infection an bis zur vollständigen Wiederherstellung nur mit Euchinin behandelt; viele andere, die zuerst mit den gewöhnlichen Chininsalzen ohne Erfolg behandelt worden waren, genasen unter Euchininbehandlung. Wieder andere dagegen reagierten nicht entsprechend auf Euchinin, während man bei ihnen mit hypodermatischen und intravenösen Chinin-Injectionen, welche jedem anderen Mittel

Digitized by Google

überlegen sind, wenn es gilt, perniciöse Malariafieber zu bekämpfen, gute Resultate erzielte.

Mit Euchinin behandelt wurden 61 Kinder im Alter bis zu 6 Jahren, und verteilten sich die verschiedenen Formen der Malaria folgendermassen:

	Kranke	Geheilte	Nichtgeheilte
typische quotidiane Malaria	12	9	3
Malaria mit subcontinuirlichem Typus	18	14	4
Febris intermittens tertiana	7	6	1
„ „ quartana	9	7	2
Unregelmässige Malaria mit langen fieberfreien Zwischenräumen	15	10	5
	61	46	15

Von diesen Kindern wurden 34 vom Beginn der Infection an mit Euchinin behandelt, und nur 5 genasen nicht; weitere 15 Kinder dagegen, die zuerst gewöhnliche Chininsalze eingenommen hatten, wurden nachher mit Euchinin behandelt, und nur 4 wurden nicht geheilt. Von den anderen 12 Fällen, welche von Anbeginn an sowohl Euchinin als auch andere Chininsalze erhielten, genasen 7 nach einem etwas längeren Zeitraum, da ihnen von neuem Euchinin und andere Präparate verabreicht werden mussten, um den Organismus wieder zu kräftigen. Von den 15 nicht geheilten Fällen starben 4, 8 genasen nach Anwendung hypodermatischer und intravenöser Chinin-Injectionen, und 3 sind noch krank.

Das Euchinin, welches gänzlich ohne bitteren Geschmack ist, wurde von den Kindern gern genommen. Dass es in einigen Fällen wirkungslos blieb, lag zum Teil daran, dass es einige Male vom Magen nicht geduldet und erbrochen wurde, sodass L. wieder auf Injectionen von Chinin. bimuriat. zurückgreifen musste. Bei anderen schweren Fällen dagegen und nach Wahrnehmung der Wirkungslosigkeit einiger Dosen Euchinin ging L., um keine Zeit zu verlieren, schon nach 1—2 Tagen zu den Injectionen zurück. Diese Fälle haben also nur relativen Wert. Für das Euchinin spricht die Thatsache, dass mit demselben 11 Fälle von Malaria heilten, die vorher durch Einnehmen der gewöhnlichen Chininsalze ohne Erfolg behandelt worden waren. Der Krankheitsverlauf dieser Fälle war im allgemeinen dem folgenden analog:

Kind von 3 Jahren, anfangs Juli von Malaria mit subcontinuierlichem Typus befallen. Am 2. Tage nahm es 20 cg Chinin bisulf. welche Dosis am 4. Tage wiederholt wurde. Am 5. Tage kam ein neuer Fieberanfall, welcher sich am 7. Tage wiederholte. Am 8. Tage wurde wieder Chinin gegeben, jedoch nach weiteren 5 Tagen zeigte sich von neuem ein Fieberanfall, was sich in unregelmässiger Form bis Ende Juli wiederholt. Chinin nahm das Kind nicht mehr.

Anfang August von L. untersucht, genas es vollständig nach einer 3 Tage hintereinander täglich eingenommenen Dosis von 30 cg Euchinin.

Auch bei Erwachsenen fielen die Versuche mit Euchinin befriedigend aus, und kam L. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Euchinin wird vermöge seines nicht unangenehmen Geschmackes, seiner Erträglichkeit von Seiten des Magens, und da es schwere Nebenerscheinungen nicht hervorruft, von Kindern wie von Erwachsenen leichter als die anderen Chininsalze genommen.

2) Bei gleicher Dosis hat es gegen die Malaria dieselbe Wirksamkeit, wie die gewöhnlichen Chininsalze, bei schweren Malaria-

Digitized by Google

Infectionen sind jedoch die Injectionen von Chinin. bimuriat. vorzuziehen.

3) Die Wechselfieber mit langen Zwischenräumen erfordern ausser dem Gebrauch des Euchinins noch eine besondere Kur zur Wiederherstellung des kranken Organismus.

4) Bei Kindern ist der Gebrauch des Euchinins vorzuziehen, da es lieber genommen und vom Magen leichter, als die gewöhnlichen Chininsalze vertragen wird.

---

148) **Cassel.** Ueber Euchinin gegen Tussis convulsiva.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 4.)

C. wandte Euchinin bei 18 Fällen an, 12 fieberlosen, uncomplicirten darunter. Das Mittel wurde von allen Kindern in Zuckerwasser oder Milch verrührt anstandslos genommen. Nebenwirkungen irgend welcher Art wurden nie festgestellt; weder Ohrensausen, noch Erbrechen, noch Exantheme oder Collaps sind je notiert worden. Auf die Magenverdauung hatte Euchinin nicht den geringsten nachteiligen Einfluss.

Was nun die Wirkung des Medicaments anbelangt, so muss man die fieberlosen, uncomplicierten Fälle von den anderen absondern. Bei den ersteren war der Effekt des Euchinins ein unverkennbar günstiger, indem das Mittel nicht nur die Zahl der Anfälle verminderte und die Heftigkeit derselben herabsetzte, sondern auch die ganze Krankheit abkürzte. Bei den complicierten Fällen trat die Wirkung des Euchinins nicht so markant hervor, immerhin aber empfiehlt C. in anbetracht dessen, dass es sich in seinen Fällen um Kinder in den ungünstigsten hygienischen Verhältnissen handelte und trotzdem das Euchinin meist prompt wirkte, das gefahrlose, ohne jede unangenehme oder nur belästigende Nebenwirkung wochenlang anwendbare Präparat in Zukunft bei allen Fällen von Pertussis zu versuchen.

---

149) **K. Szegö.** Das Erscheinen und der Ablauf der Tussis convulsiva am Meeresstrande.

(Ungar. medic. Presse 1899 Nr. 10.)

Es werden S. manche Kinder mit Keuchhusten nach Abbazia geschikt, weil manche der Ansicht sind, man müsse diese Kinder recht weit vom Krankheitsherde entfernen und an den Meeresstrand, in mildere südliche Gegenden transferieren. Sicher ist, dass die Pertussisepidemien in ihrem Auftreten und Verlauf in südlichen Gegenden sich auffallend mild erweisen und nie jene Bösartigkeit zeigen, wie im Norden. Nach L.'s Erfahrungen ist das Meeresklima aber nicht imstande, den Verlauf des Leidens zu verkürzen, sondern es vermag nur auf die Complikationen seitens der Luftwege günstig einzuwirken und höchstens bis zu einem gewissen Grade die Anfälle abzuschwächen. Die Wirkung auf die Katarrhe der Luftwege ist eine exquisite; diese bessern sich eclatant, und der Hustenreiz wird sehr gemildert. So

Digitized by Google

kommt es auch, dass die in diesen Gegenden selbst auftretenden Epidemien jenen milden Charakter offenbaren.

---

150) **Zuppinger.** Die Spontangangrän im Kindesalter.

(Aus dem Kronprinz Rudolf-Kinderspital.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

Veranlassung zu dieser Arbeit gab ein Fall schwerer multipler Gangrän am Rücken und an den unteren Extremitäten, die sich im Lösungsstadium einer croupösen Pneumonie bei einem Kinde spontan entwickelte, — ein bisher für das Kindesalter als Unicum zu bezeichnender Fall.

5jährige Gastwirtstochter, am 10. III. 98 mit Gangraena spontanea multiplex post pneumon. ins Spital aufgenommen. Eltern sind gesund, ebenso die 3 Geschwister. Pat. selbst war Brustkind und lernte mit vollendetem 1. Jahr gehen. Vor 2 Jahren überstand sie mit ihren Geschwistern Keuchhusten und Varicellen, war dann wieder gesund bis Weihnachten 1897, wo alle an Masern erkrankten. Anfang Januar wieder gesund, besuchte Pat. die Spielschule bis 30. I., an welchem Tage unter hohem Fieber, Kopf- und Bauchschmerzen sie wieder erkrankte. Der Tags darauf gerufene Arzt constatierte eine croupöse Preumonie des linken Unterlappens, verordnete ein Expectorans und Priessnitzumschläge. Vom 5. bis 6. Krankheitstage trat die Krisis ein; hierauf tiefer Schlaf und anscheinend Wohlbefinden, das aber nicht lange dauern sollte, da Pat. schon in der zweitfolgenden Nacht über starke Schmerzen in der rechten grossen Zehe zu klagen begann. Tags zuvor glaubte der behandelnde Arzt seine letzte Visite gemacht zu haben, da das Kind vollständig entfiebert und die Respiration fast normal war. Der Puls soll allerdings verlangsamt und die Pulswelle etwas niedrig gewesen sein. Gegen die Schmerzen wurden nun Kataplasmen und Umschläge mit Essigwasser angewendet, doch ohne Erfolg. Am Morgen war der ganze rechte Fuss bis zu den Malleolen blaucyanotisch, und es entwickelte sich dann im Laufe des Vormittags in einer Stunde unter heftigen Schmerzen „Blaufärbung" des ganzen linken Fusses bis zur Mitte des Unterschenkels, des rechten Knies, des rechten Ellenbogens, einer handtellergrossen Hautpartie über dem rechten Schulterblatte und einer noch grösseren Hautfläche in den untersten Anteilen des Rückens. Innerhalb der nächsten 14 Tage erholte sich die Haut über Knie, Ellenbogen und Schulterblatt. Auch die anderen asphyctischen Partien verkleinerten sich noch bedeutend, an den Füssen und am Rücken trat in den nächsten Tagen Blasenbildung auf, es stellte sich Gewebstod ein, und als die Demarkation beendet war, wurde Pat. zur Amputation dem Spital überwiesen.

Diese anamnestischen Angaben rühren zum Teil von der gut beobachtenden Mutter her, zum Teil auch von dem Arzte, der die Angaben auch durchaus bestätigte und versicherte, dass es sich um typische croupöse Pneumonie handelte und vor und nach derselben nie am Herzen etwas abnormes nachzuweisen war.

Status praesens am 12. III. 98: Seinem Alter entsprechend grosses, kräftig gebautes, ziemlich gut genährtes Mädchen mit blasser Gesichtsfarbe und Anaemie der Schleimhäute. Rachen blass. Lungenbefund bis auf einige grossblasige Rasselgeräusche normal, ebenso Herztöne und Herzgrenzen. Leber- und Milzdämpfung nicht vergrössert. Harn frei von Eiweiss und Zucker. Temp. früh 37,5°. Abends 38,6°, Puls 100, leicht unterdrückbar. Vom 10. Brustwirbel abwärts besteht zu Seiten der Wirbelsäule mit Andeutung der Schmetterlingsform ein im ganzen 9 cm breiter und 10 cm langer Hautdefect, lebhaft granulierend mit einzelnen Epidermisinseln. Vorne befindet sich links unterhalb des Nabels ein handtellergrosser, schnappender, oberflächlicher Bauchdeckenabscess. Linksseitige Inguinaldrüsen bis Hasselnussgrösse geschwellt. Pulsation der Arter. cruralis beiderseits deutlich fühlbar, die der Arter. poplitea nur rechts. Linkes Bein in toto dicker als das rechte. Umfang über der Mitte des Oberschenkels links 25 cm, rechts 22 cm. Unterschenkel 3 Querfinger unterhalb des Kniees links 21 cm, rechts 17 cm dick. Die Venen des linken Beins nirgends deutlicher sichtbar als rechts. Der ganze Vorderteil des linken Fusses hängt als schwarz-nekrotisches, stark zusammengeschrumpftes Anhängsel lose an den Stumpfe mit deutlich er-

Digitized by Google

haltener Form der Zehen und Metatarsi. fühlt sich hart an und verbreitet aashaften Geruch. An der Streckseite des Stumpfes fehlt die Haut vollständig bis zum Beginn des mittleren Unterschenkeldrittteils. an der Innenseite und auf der Planta pedis beginnt sie auf der Höhe der Ferse. Der ganze Stumpf ist unförmig von wulstigen Granulationen bedeckt. leicht blutend. Bei der Aufnahme der Pat. wurde der mumificierte Teil ohne nennenswerte Blutung in der Demarkationslinie abgetragen und der Bauchdeckenabscess gespalten. Am rechten Fuss fehlt die grosse Zehe vollständig; aus der lebhaft granulierenden Wunde sieht das schwarz-nekrotische Köpfchen des Metatarsus I heraus. An der 2. Zehe fehlt das Endglied, an der 3. ist nur die Grundphalange vorhanden. Die Stümpfe sind kolbig aufgetrieben, die Wundflächen in Heilung begriffen. Der Fussrücken ist stark ödematös, über der Achillessehne befindet sich ein hellergrosses, seichtes Decubitusgeschwür.

20. III. Seit der Aufnahme leichtes Fieber, früh 37,5—38°, abends 38,1—38,7°. Gesichtsfarbe sehr blass, fast vollständige Appetitlosigkeit. Orexin. tannic.

30. III. Appetit bedeutend besser, ebenso hat sich durch die besseren Ernährungsverhältnisse der Puls gehoben. Der Blutbefund ergiebt noch eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

2. IV. In Chloroformnarkose wird der nekrotische Metatarsus I und das 1. Keilbein am rechten Fuss entfernt und die Wundhöhle tamponiert, linkerseits die Amputation nach Pirogoff, jedoch infolge Mangels normaler Haut atypisch mit seitlicher Lappenbildung derselben ausgeführt. Schon bei der Operation am linken Fusse zeigte sich, dass die durchschnittenen grösseren Venen thrombosiert waren, aber auch die durchtrennte Arter. tibialis antica war vollständig obturiert und die Blutung nach Abnahme der Binde gering; dasselbe Resultat ergab die Untersuchung der abgetragenen Partie.

23. IV. Erster Verbandswechsel. Heilung per primam. Knochen fest fixiert. Entfernung der Nähte. Pat. sieht besser aus und nimmt an Körpergewicht zu. Abends hin und wieder noch leichte Temperaturerhöhungen.

19. V. Wunden an den Extremitäten beiderseits verheilt, ebenso der Bauchdeckenabscess. Der Hautdefect am Rücken durch vorschreitende Epidermiseinsäumung bedeutend verkleinert. Die Körpertemperatur wie der Befund der inneren Organe normal. Die Kleine ist bei vortrefflichem Appetite und hat sich vollständig erholt. Die Umfangdifferenz beider unterer Extremitäten hat bedeutend abgenommen. Das linke Bein ist in seinem Umfange gleichgeblieben, während das rechte durch Wachstum und Entwickelung des Panniculos adiposus zugenommen hat; links geschah wohl dasselbe, doch ohne messbaren Effect, weil das Oedem langsam zurückging.

20. IV. Pat. wird mit einer Prothese am linken Fusse geheilt entlassen; sie geht damit ausdauernd und kaum merklich hinkend.

Z. hat die Litteratur über Spontangangrän im Kindesalter fleissig durchforscht und kam zu folgenden Resultaten: die Spontangangrän bei Kindern ist noch seltener, als bei Erwachsenen. Sie kommt, wie bei diesen, noch am häufigsten nach Typhus vor; seltener sind Masern die Grundkrankheit, nur vereinzelt Scharlach, Varicellen, Cholera, acuter Brechdurchfall, Pneumonie, und nicht näher bestimmbare Fieberanfälle. Aber auch bei anscheinend ganz gesunden Kindern, besonders des frühesten Kindesalters, kann ohne nachweisbare Ursache plötzlich Spontangangrän auftreten und den Exitus herbeiführen. Sehr selten kommt es bei Lues hereditaria zu Gangrän. Auch an der Raynand'schen Gangrän ist das Kindesalter weniger beteiligt, als die Erwachsenen, und kommen hier hauptsächlich Ernährungsstörungen nach acuten und chronisch fieberhaften Krankheiten, dann Rhachitis, Anaemie resp. Chlorose in Betracht, seltener Affectionen des Gehirns und Rückenmarks oder peripherer Nerven. Es kann sich aber auch symmetrische Gangrän ohne solche nachweisbare Krankheiten etablieren.

Was nun die Ursache der Spontangangrän anbelangt, so wäre hier hauptsächlich das Zustandekommen der Arterienthrombose,

Digitized by Google

resp. Embolie, der capillären Stase und der durch Gefässerkrankung und Blutveränderung bedingten Arterienverstopfung zu berücksichtigen. Bezüglich der Frage, ob Obturation der Venen zu Gangrän führen kann, so behauptet v. Recklinghausen, dass noch keine vollgiltige Beobachtung von richtiger Nekrose infolge einfacher, wenn auch weitverbreiteter Venenverstopfung vorliege. Es wurden wohl öfters Fälle von Gangrän als Folgezustand der Venenthrombose beschrieben, doch durfte es sich hier nach v. Recklinghausen, Ziegler, Litten u. A. um Verwechselung oder Combination mit Arterienthrombose gehandelt haben. Die Venenthrombosen sind bedeutend häufiger als die der Arterien und nach Laache bei Erwachsenen besonders als Nachkrankheit des Typhus, der Influenza und dann nach Pneumonie und acutem Gelenkrheumatismus, aber auch nach Lues, Tuberculose, Carcinomatose, bei Chlorose und Anaemie beobachtet man sie bei Erwachsenen nicht sehr selten. Dass ausser der Infection noch andere Momente, speziell Circulationsstörungen, geschwächte Herzthätigkeit mit Verlangsamung des peripheren Kreislaufs in Betracht kommen, dürfte kaum zweifelhaft sein.

v. Recklinghausen lehrt, dass die Formen der Spontangangrän, welche im Gefolge von schweren Allgemeinkrankheiten, besonders von dyskrasischen Affectionen, von Typhus, Cholera, Dysenterie und intensiven Darmkatarrh, von Masern und Scharlach, von Marasmus, namentlich im Kindes- und Greisenalter auftreten, in Bezug auf ihre Entstehung zum grössten Teile noch der besonderen Aufklärung bedürfen. Wiederholt seien grossartige Verstopfungen an den Hauptarterien, namentlich an der Aorta ob ihrer Teilungsstelle, ferner auch bei sorgfältiger Untersuchung gleichzeitig erweichte wandständige Thromben im linken Herzen oder in der Aorta beobachtet worden, sodass hiernach für viele dieser Fälle die Entstehung der Gangrän aus einer Embolie oder Thrombusbildung in den grossen Abschnitten der Gefässe nicht zweifelhaft sei, aber ferner auch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für solche Fälle, in welchen eine Obturation des Hauptastes eines gangränösen Teils nicht vorhanden war, eine Embolie der capillaren Gefässbezirke durch erweichte Gerinnselmassen (feinkörnige Embolie) gefolgert werden könne.

Leyden meint, dass die Virchow'sche Deutung als marantische Thrombose speziell nach Influenza nicht genüge, da nach einer 3—4 tägigen Erkrankung kein Marasmus erzeugt werde. Man könnte sich vorstellen, dass die Thrombose mit dem Zerfall der weissen Blutkörperchen zusammenhänge, welcher von Beginn der Erkrankung bis zur Krisis und darüber hinaus stattfindet. Dieser Zerfall der weissen Blutkörperchen wäre durch Toxine bedingt, und die Zerfallsprodukte, die Blutplättchen, würden durch Anhäufung derselben die Gerinnung des Blutes verursachen resp. begünstigen. Bei Typhus tritt nach Leyden die Spontangangrän in 2 Formen auf; die eine entwickelt sich nach dem Aufhören des Fiebers einseitig durch Arterienthrombose, die andere erscheint bereits in den ersten Tagen der Krankheit und ist symmetrisch; man findet hier keine Arterienthrombose; in 2—3 Wochen kann die Circulation wieder zurückkehren. Auch Gruber beschreibt 2 Fälle von Gangrän nach Typhus, in denen sich der Brand unabhängig von Embolie oder autochthoner Thrombose der Arterien entwickelt hatte; der Autor nahm als Ursache eine

Digitized by Google

durch Herzschwäche bedingte capilläre Stase in den vom Centrum der Circulation am weitesten entfernten Teilen an.

In jüngster Zeit erörterte Sternberg die Beziehungen der Endarteriitis obliterans zur Spontangangrän, und demnach ist es zweifellos, dass auch dieser Gefässerkrankung ihr Anteil an der Entwickelung der Spontangangrän zukommt.

Die Ansicht, dass durch die Toxine der betreffenden Krankheit erzeugte Veränderungen des Blutes Spontangangrän hervorrufen können, wurde schon verschiedentlich erwogen. Die diesbezüglichen Blutuntersuchungen geben leider noch recht bescheidene Anhaltspunkte. Zum mindesten müssten wir noch eine im Gefässsystem oder in der Blutbeschaffenheit gelegene grössere oder geringere Disposition zur Entwickelung der Gangrän annehmen, da sie denn doch im Verhältnis zu der enormen Anzahl der an den betreffenden Infectionen erkrankten Kinder zu selten ist. Auch müsste man sagen, dass die Toxine verschiedener Infectionskrankheiten, wie z. B. der Diphtherie, Meningitis cerebrospinalis und Tuberculose, des Rheumatismus etc. trotz günstiger Verhältnisse diese Eigenschaft gar nicht oder doch weniger besitzen.

Bezüglich des Sitzes der Gefässverstopfung sei nach v. Recklinghausen erwähnt, dass man nur multiple Hautnecrosen am Fuss und Unterschenkel sogar nach Embolie der Arteria iliaca communis auftreten sah, ohne dass der Oberschenkel in irgend einer Weise in Mitleidenschaft gezogen wurde. Es kommt eben auf die günstigen Bedingungen zu einem Collateralkreislauf an.

Was nun speziell Z.'s Fall anbetrifft, ist es wohl ohne Zweifel, dass Gefässverstopfung vorlag, und zwar dürften es Thrombosen, resp. Embolien in der Arter. femoral. sin. oder Tibial. antica oder postica dextr. gewesen sein. Der acute Decubitus über dem Kreuzbein und die lokalen Asphyxien über Ellbogen, Schulterblatt und Knie könnte man als in Folge capillarer Stase entstanden ansehen, die bei hochgradiger Herzschwäche auch durch geringen Druck von aussen erzeugt werden kann.

Die Prognose richtet sich natürlich nach dem Sitze der Gefässobturation und der Ausdehnung der Gangrän. Kommen grosse Partien zum Absterben, so können sich durch Resorption von dem in abnorm chemischer Zersetzung begriffenen Gewebe schwere Intoxikationserscheinungen mit hohem Fieber und drohendem Collaps einstellen. Leyden sah einen solchen Fall mit Exitus letalis. Hierdurch dürfte für einzelne Fälle ein früheres Eingreifen des Chirurgen angezeigt sein.

Was können wir zur Verhütung der Spontangangrän thun? Nichts von Belang, da wir bei den meisten Infectionskrankheiten die Wirkung der Toxine nicht beeinflussen können. Gewöhnlich werden wir, ohne durch hochgradige Herzschwäche gewarnt zu werden, von den Symptomen der Gefässverstopfung überrascht, und es bleibt dann nur noch die Aufgabe, durch energische Unterstützung der Circulation und Kräftigung der Herzkraft möglichst dazu beizutragen, in den afficierten Körperteilen die noch vorhandene Circulation zu erhalten, resp. zu verbessern durch eine allgemein roborierende Behandlung, und den Pat. zur rechten Zeit dem Chirurgen zu übermitteln.


Digitized by Google

151) **Mainzer.** Ueber einen Fall von Elephantiasis congenita.

(Centralblatt für Chirurgie 1899 Nr. 4.)

M. stellte in der Fr. Vereinigung der Chirurgen Berlins (14. XI. 98) ein 4 jähriges Mädchen mit einer Form der angeborenen Elephantiasis vor, welche im Gegensatz zu den meisten bisher beschriebenen Fällen, wo grosse Angiome, Lymphangiome oder Neurofibrome mit Hypertrophie der Haut und des subcutanen Bindegewebes in Frage kommen, ganz den Typus der erworbenen Elephantiasis zeigt. Die Affection erstreckt sich auf den linken Oberarm, beide Unterschenkel, den rechten Fuss und die äusseren Genitalien.

In der Familie des Kindes sind elephantiastische Bildungen sonst nicht vorgekommen; Erysipel und Lymphangitis hat die Mutter weder vor, noch nach der Schwangerschaft gehabt. Die Aetiologie ist hier, wie auch sonst meist, völlig dunkel. Die hypothetischen Annahmen einzelner Autoren von angeborenen Circulationsstörungen, Schwächezuständen, Ueberschwemmung des fötalen Kreislaufs mit Streptokokken bei Erysipel oder Lymphangitis der Mutter u. a. m. haben zur Klärung nichts beigetragen.

---

152) **L. Popper.** Ein Fall von Melanosis lenticularis congenita.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 4.)

Pat. ist ein 21 jähr. Soldat. Hereditäre Momente nicht eruierbar. War bisher nie krank, aber hat seit seiner Geburt zahlreiche Hautflecken. Allgemeine Hautdecken etwas dunkler pigmentiert, normal fett, glatt, zeigt am ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes, Halses, der beiden Fossa cubitales, sowie der F. popliteae, der Olecranon- und Patellargegenden, des Genitales, der Hände und Füsse, zahlreiche, dicht angeordnete, hirsekorn- bis linsengrosse, scharf umschriebene Flecken, die in den Glutäalgegenden, sowie an den Oberschenkeln confluieren. Die Farbe derselben zeigt alle Abstufungen von gelblich- bis rotbraun; dort wo die Flecken confluieren, ist die Haut rot gefärbt. Nur die dunkelblauen Flecken sind über das Niveau der Haut etwas erhaben, sonst ist dieselbe ganz glatt. Am linken Oberarm befinden sich 2 ca. einhellerstückgrosse Narben, deren jede von einem roten, 1 cm breiten Hofe umgeben erscheint, der aus dort befindlichen, confluierten Flecken entstanden ist. Die Narben rühren von der kürzlich erfolgten Impfung her. Die Zahl der Flecken hat sich angeblich nicht vermehrt, dagegen sind die einzelnen Flecken allmählich grösser geworden.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung werden 2 Hautstückchen excidiert, in Alkohol fixiert und nach Einbettung in Celloidin geschnitten; die Schnitte werden teils mit Haematoxylin, teils mit Cochenillealaune gefärbt. Mikroskopisch fand sich im Bereich der epithelialen Schichten keine Abnormität, dagegen in der basalen Zellschicht des Stratum mucosum eine kolossale Vermehrung des Pigments, sodass ein schmaler, dunkelbrauner Streifen die epithelialen Schichten gegen das Stratum papillare abgrenzte. Ausserdem erwiesen sich die der pigmenthaltigen Schichte zunächst gelegenen Zellen des Stratum mucosum insofern verändert, als sie eigentümliche, tonnenförmige Gestalt mit sichelförmigen, randständigen Kernen zeigten. Ebenso waren auch im Bereich der Haarbälge die äussersten Schichten sehr stark pigmentiert, und begegnete man auch hier, jedoch spärlicher, jenen tonnenförmigen Zellen. Im Bereiche des Corium waren die oberflächlichen Capillaren etwas erweitert.

Es handelte sich also um eine congenitale Vermehrung des Pigments in den tiefen Reteschichten, also nicht um Naevus; vielmehr passte am ehesten die Bezeichnung Melanosis lenticularis congenita.

Digitized by Google

153) **M. Bloch.** Ein Fall von Sclerodermie.

(Berliner klin. Wochenchrift 1899 No. 14.)

B. stellte ein mit dieser Krankheit behaftetes Kind, Pat. von Mendel, in der Berliner medic. Gesellschaft vor (15.III.99.):

6jähriger Knabe, aus im Wesentlichen gesunder Familie stammend; seine Mutter litt allerdings an Kopfschmerzen, eine Schwester laboriert an Pavor nocturnus, ein Bruder starb an Spasmus glottidis. Pat. selbst, der früher gesund war, speziell nie an einer fieberhaften Affection litt und sich körperlich wie geistig normal entwickelt hat, kam vor etwa 3 Wochen in die Mendel'sche Poliklinik. Sein Leiden datiert seit etwa 6 Monaten. Die Mutter bemerkte, dass die Haut am rechten Bein eine eigentümliche Beschaffenheit annahm, sie wurde auffallend trocken, schrumpfte zusammen, zeigte Abschilferung und hat allmählich von der Spina sup. art. ossis ilei bis herab zu den Malleolen die Beschaffenheit angenommen, die dem Bilde der typischen Sclerodermie entspricht.

Die Untersuchung der übrigen Organe und insbesondere des Nervensystems ergiebt keine pathologischen Veränderungen. Der Harn ist frei von Eiweiss und Zucker, die Schilddrüse ist in dem Alter entsprechend normaler Grösse fühlbar. An dem rechten Beine selbst constatiert man ausser den Veränderungen an der Haut eine Abmagerung der Muskulatur (besonders des M. quadriceps, M. tibial. antic. und der Peronei), dementsprechend auch eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten ohne qualitative Veränderungen, ferner eine leichte Atrophie der r. Tibia, die sich auch auf dem Röntgenbild messbar nachweisen lässt (2—3 mm). Die Hautaffektion selbst geht also von der Spina super. arter. ungefähr dem Laufe des M. sartorius entsprechend in einem breiten bandartigen Streifen herab zur Patella und pflanzt sich von dort auf die Vorderfläche des Unterschenkels fort. Die Haut ist trocken, narbenförmig induriert und eingezogen, dabei anscheinend verdünnt, an einigen Stellen abschilfernd, an anderen zeigt sie deutlich vermehrte Pigmentanhäufung. Ein Stadium des Oedems ist nicht voraufgegangen, vielmehr hat sich der Process von vornherein als atrophische Induration charakterisiert. Die über der Tibia liegende Haut ist fest mit dem darunterliegenden Knochen verlötet, Hautfalten sind an den afficierten Partien nirgends emporzuheben. Entsprechend dem Contracturzustande der Haut sind auch Bewegungsstörungen, sowohl active, wie passive nachweisbar. Vollkommene Flexion und Extension des Knie- und Hüftgelenks ist nicht möglich, und auch beim Gehen bemerkt man eine leichte Behinderung. Pat. hinkt etwas, eine Verkürzung ist nicht nachweisbar. Die Sensibilität der Haut ist überall normal.

Interessant ist nun bei dem Pat. folgende, anscheinend congenitale Anomalie; die Mutter bemerkte dieselbe, als das Kind 1 Jahr alt war, hält aber für möglich, dass die Sache angeboren ist. Es ist ein Vitiligofleck hinter dem r. Ohr, der sich nach vorn bis zum Unterkieferwinkel erstreckt; derselbe hat nahezu rechteckige Form, soll in letzter Zeit grösser geworden sein und hat jetzt etwa die Grösse eines Kartenblattes. Der Sclerodermie eigentümliche Veränderungen weist dieser Fleck nicht auf. B. hat in der Litteratur ein Analogon für dies, wenn man so sagen darf, congenitale Prodom einer späteren Hauterkrankung nicht finden können, will auch dahin gestellt sein lassen, ob diese Anomalie thatsächlich den Ausdruck einer Disposition für Erkrankungen der Haut darstellt.

Unter B.'s Augen entstanden ist innerhalb der letzten 8 Tage eine weissliche Verfärbung der Haut von kreisrunder Form und der Grösse eines 50 Pfennigstücks, etwa in der Höhe des 7. Halswirbels. Dieser Fleck zeichnet sich dadurch aus, dass man bei schräger Beleuchtung einen deutlichen Glanz an der Haut wahrnimmt, sodass es nicht ausgeschlossen erscheint, dass hier auch der Beginn eines atrophischen Processes der Haut, ähnlich dem am rechten Bein, zu constatieren ist.

Im Uebrigen ist Krankhaftes an dem Pat. nicht nachweisbar, auch subjectiv ist sein Befinden normal.

Die Therapie besteht z. Z. in Bädern, Galvanisation, Massage und dem in jüngster Zeit mehrfach, zuerst von Philippson empfohlenen, innerlichen Gebrauch von Salol.

Digitized by Google

154) Adler. Sclerodermie der unteren Extremitäten.

(Ibidem.)

Im Anschluss an den vorigen Fall demonstrierte auch A. einen solchen, welcher ein ziemlich getreues Bild des Endstadiums der Sclerodermie an den unteren Extremitäten zeigt.

10jähriges, von gesunden Eltern stammendes Mädchen aus Ostpreussen, welches bis zum 5. Lebensjahre vollkommen gesund gewesen ist. In ziemlich unmittelbarem Anschluss an einen im März des Jahres 1894 erfolgten Fall aufs linke Knie sollen dann die ersten Krankheitserscheinungen aufgetreten sein in Gestalt grosser blauroter Flecke in der Umgebung des linken Kniegelenks; gleichzeitig bestanden gastrische Beschwerden, Appetitlosigkeit und Erbrechen, Erscheinungen, welche ja bereits mehrfach als Prodromalsymptome der Sclerodermie beschrieben sind. Die blauroten Flecken dehnten sich im weiteren Verlauf auf den Ober- und Unterschenkel aus und nahmen allmählig eine bräunliche Farbe an. Im Juni 1894 wurden zuerst weisse glänzende Flecke neben den braunen bemerkt, der Unterschenkel schwoll allmählich an, und die verdickte Haut zeigte eine vollkommen weissglänzende, alabasterartige Oberfläche. Am Oberschenkel zeigten sich indessen bereits damals die ersten Anzeichen narbiger Retraction der Haut. Während somit am Unterschenkel noch die Erscheinungen des Oedems, resp. der Induration nachweisbar waren, hatte am Oberschenkel bereits das atrophische Stadium begonnen.

Was man heut, nach 5jährigem Bestande des Leidens, vor sich sieht, ist das Endstadium der Sclerodermie, das Stadium der Atrophie, welche nicht nur die Haut, sondern auch die Muskulatur und die Knochen in beträchtlichem Maase ergriffen hat. Demgemäss besteht zur Zeit ein Minderumfang des l. Oberschenkels von 6,5 cm, des Unterschenkels von 3 cm im Vergleich zum gesunden Bein. Es besteht ferner eine reelle Verkürzung des l. Beins um 1 cm, und selbst diejenigen Abschnitte des l. Beins, welche von dem sclerosierenden Process nicht ergriffen worden sind, z. B. der Fuss, zeigen ein unverkennbares Zurückbleiben im Wachstum. Am linken Hüftbeinkamm findet sich eine handtellergrosse, weissglänzende Narbe: die Haut ist hier papierdünn, das subkutane Fett ist geschwunden, infolgedessen ragt der Hüftkamm im Bereich der Narbe deutlicher hervor, als auf der gesunden Seite. Zahlreiche ähnliche Narben finden sich an der Vorderseite des Oberschenkels und sind am stärksten entwickelt in der Richtung einer Linie, welche ungefähr dem Verlaufe des M. sartorius entspricht. Die auffälligste Erscheinung bildet jedoch eine ausgedehnte narbige Einziehung der Haut an der Innenseite des Oberschenkels und des Kniegelenks: hier liegt die papierdünne Haut dem Femur fest auf, von der Muskulatur des M. vastus intern. ist in der unteren Hälfte des Oberschenkels keine Spur mehr nachweisbar, die Sehne des M. quadriceps ist beträchtlich geschrumpft und mit der Haut einerseits, dem Knochen andererseits verlötet, die mediale Hälfte der Kapsel des Kniegelenks ist gleichfalls mit der darüberliegenden Haut verwachsen und geschrumpft, sodass der Innenrand der Patella stark hervorspringt. Von hier erstreckt sich bis zum Malleolus intern. ein bandartiger weisser Narbenstreifen mit eingesprenkelten braunen Flecken. Unterhalb der Kniescheibe ist die Haut gleichfalls pergamentartig dünn und in der Ausdehnung eines Handtellers mit der Tibia fest verwachsen. Die Dicke der l. Tibia bleibt, wie sich leicht feststellen lässt, hinter der der rechten um mindestens 1 cm zurück, die Folge dieser hochgradigen Veränderung ist naturgemäss eine nicht unbeträchtliche Functionsstörung des linken Beines: Schwäche des Beines, hinkender Gang, Behinderung der Flexion des Kniegelenks; Schmerzen sind nicht vorhanden. Die Prüfung der Sensibilität und der Reflexe, sowie die elektrische Untersuchung des l. Beines ergaben durchaus normale Verhältnisse. Pat. ist, wenn man vom l. Bein absieht, vollkommen gesund; sie ist körperlich durchaus gut, geistig sogar ungewöhnlich gut entwickelt.

Wenn uns auch kein Mittel zu Gebote steht, dem rätselhaften Krankheitsprocess Einhalt zu thun, so glaubt A. doch, dass man durch geeignete rechtzeitige Behandlung imstande ist, Contracturen, Verwachsungen der Haut mit der Unterlage, zu starke Atrophie der Muskeln teilweise zu verhüten. In obigem Falle wurde durch systematische mechanische und elektrische Behandlung, durch Soolbäder

Digitized by Google

und durch Strychnininjectionen eine Zunahme der motorischen Kraft des Beines, eine Mobilisierung der Haut und der Sehnen und damit auch eine Besserung des Ganges erzielt.

---

155) **W. Tschernow.** Ueber diffuse Sclerodermie.

(Wratsch 1899 No. 4. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 3.)

T. beobachtete folgenden Fall:

Eine Schülerin erkrankte an Scharlach. 2 Wochen lang bestand hohe Temperatur. In der 3. Woche entwickelten sich Tonsillarabscesse, Endocarditis und Nephritis, zu gleicher Zeit wurde eine Verhärtung der Haut constatiert, die gleichzeitig am ganzen Körper begann. Bei der 1. Untersuchung fand T. die Pat. zusammengekrümmt im Bette liegend. Die unteren und oberen Extremitäten waren flectiert und an den Leib herangezogen. Pat. konnte ihren Körper nicht strecken, weder stehen, noch gehen, war taub; Appetit war wohl vorhanden, aber nicht die Fähigkeit zu kauen, weil der Unterkiefer unbeweglich. Pat. schmeckte auch die Speisen nicht, beim Schlucken von Flüssigkeiten musste sie husten. Die ganze Körgerhaut incl. Lider, Ohren, Kopf und Lippen hart und zusammengezogen, Zungenschleimhaut verdickt, daher Zunge vergrössert und unbeweglich. Druck auf die Haut hinterliess keine Vertiefung, Schmerzempfindung und Temperatursinn herabgesetzt. Die Beugung und Streckung der Extremitäten in den Ellenbogen-, Schulter- und Kniegelenken waren sehr beschränkt, alle Bewegungen durch die zusammengezogene Haut verhindert, in der Pat. sich wie in einem Panzer fühlte. Alle Hautfalten verstrichen. Sehnenreflexe nicht auslösbar. Hautfarbe matt und schmutzig. Das ganze Krankheitsbild entwickelte sich so rasch, sodass nach 2 Wochen fast die ganze Körperhaut betroffen war, ging aber unter Bäderbehandlung, Massage ebenso rasch zurück.

Als Krankheitsursache glaubt T. den Scharlach annehmen zu müssen, zumal die sonstige Untersuchung ein durchaus negatives Resultat hatte.

---

156) **C. Rasch.** Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris bei einem 2 $^{1}/_{2}$ jährigen Kinde.

(Dermatolog. Centralblatt, April 1899.)

2 $^{1}/_{2}$ jähriger Knabe kam zum 1. Mal Ende Januar 1894. Die Mutter ist in hohem Grade hysterisch, hat seit ihrem 18. Jahre an häufig wiederkehrenden, mehrere Stunden dauernden Krämpfen gelitten. Sie geht oft mit Selbstmordgedanken um und kann Nachts nicht schlafen. Ihre Mutter war gesund, ihr Bruder wahnsinnig. Der Vater des Kindes und dessen Familie sollen gesund sein. Der Knabe hat in den letzten Monaten an Diarrhoë gelitten. Die Mutter hat oft Schleim im Stuhlgange bemerkt. Pat., der das 1. Kind ist, bekam in den ersten Monaten die Brust, später Hafersuppen mit Ei. Er wurde Ende Dezember 1893 krank, und zwar litt er an „Blutmangel", weshalb er von einem Arzte mit Bleimixtur (2 Flaschen) behandelt wurde. Hierauf erschien am 10. I. 94 ein Ausschlag, und zwar zuerst auf Rücken und Brust, später im Gesicht, an Händen und Knieen, zuletzt auf den Fusssohlen. Er war etwas unruhig, das Allgemeinbefinden ist aber nicht alteriert worden.

Pat. ist in gutem Ernährungszustande und bietet mit Ausnahme des Ausschlages nichts Abnormes dar. Im Urin weder Zucker, noch Eiweiss, aber bedeutende Menge von Uraten. Auf dem ganzen Haarboden findet sich eine diffuse Bildung weisser, fest anhaftender Schuppen; die Haare sitzen fest und sind in normaler Menge vorhanden. Im ganzen Gesicht ist die Haut blassrot mit einem Stich ins Gelbliche, trocken und mit feinen, weissen, staubförmigen Schuppen bedeckt; ähnlich ist die Haut am Halse und im Nacken. In beiden Axillen und auf der inneren Seite beider Oberarme finden sich unregelmässig begrenzte, rote, fein chagrinierte Plaques, ebenfalls mit dünnen Schuppen bedekt; auf beiden Ellenbogen ziemlich scharf begrenzte rote Flecke, die mit feinen weissen Schuppen

Digitized by Google

bedeckt sind und die etwas Infiltration der Haut zeigen. Die Haut beider Handflächen ist etwas geschwollen, diffus rot und schilfert ab, zeigt stark accentuierte Furchen, die sich wie weisse Linien gegen die rote Haut abheben; an einzelnen Stellen oberflächliche Fissuren. Auf den Seiten der Hand ist die Affection von der gesunden Haut des Handrückens scharf abgegrenzt. Auf der Dorsalseite der Finger ist keine krankhafte Veränderung der Haut zu bemerken. Auf Brust, Rücken, Hinterbacken ähnliche Efflorescenzen wie an den Axillen. Ausserdem sieht man hier in unregelmässigen Gruppen eine Menge blassroter, dicht zusammengedrängter, lichenoider Papeln von der Grösse eines Stecknadelkopfes, welche den Haarfollikeln entsprechen; zwischen denselben normale Haut. Auf der Vorderfläche beider Kniee bemerkt man 2 vom oberen Rande der Patella bis unterhalb der Tuberositas tibiae sich erstreckende, grosse, ganz symmetrische ovale Plaques mit roter, infiltrierter, trockener Haut, mit feinen, weissen Schuppen bedeckt. Diese Efflorescenzen haben scharfe, aber etwas unregelmässig gezackte Ränder. Die Haut der beiden Fusssohlen ist ganz ähnlich der Haut der Handflächen; sie ist geschwollen, rot schuppig und hat stark accentuierte weisse Furchen. Die Röte endet plötzlich mit einem scharfen Rande; dieser erstreckt sich an der äusseren Seite des Fusses ca. $^3/_4$ Zoll über den Fussrand und ist auf der inneren Seite etwas niedriger und zeigt hier einen Einschnitt in der Mitte des Fussrandes. In der Kniekehle und auf den Fussrücken befinden sich kleinere Flecke von derselben Art wie auf den Armen. Zinkvaselinlanolin (10%).

8. II. Pat. hat wieder sein Darmleiden, bei dem sich Blut im Stuhl zeigt, Ol. Ricin.

27. II. Stuhl normal. Hautaffection etwas blasser; an beiden Fusssohlen stärkere diffuse lamellöse Abschilferung. Auf beiden Armen, den Schenkeln und in der Lendengegend neue Ausbrüche von miliären und etwas grösseren lichenoiden, pilären Papeln, unter welchen einige grössere, flache, runde, Lichen ruber-ähnliche sind, deren Ursprung von den Haarfollikeln nicht nachgewiesen werden kann.

27. III. Jene Lichen ruber-ähnlichen Papeln verschwunden. Auf beiden Oberarmen zerstreute trockene Papeln von derselben Art, wie sie vorher auf dem Rücken waren. Pat. kratzt sich etwas. Schwefelresorcinsalicylsalbe (10%, 2%, 1%).

1. V. Keine neuen Ausbrüche. Affection an den Knieen kleiner und blasser. 2 besonders hervortretende Plaques auf den Schenkeln werden mit Chrysarobintraumaticin (10%) gepinselt.

In den folgenden Monaten verschwanden alle Läsionen unter fortgesetzter Schwefelsalbenbehandlung langsam und vollständig, sodass die Haut im August total glatt und normal erschien. Auch bei späteren Untersuchungen (1896, 1898) war alles intakt.

In diesem Falle fehlten, wie in einem von Besnier publicierten (ebenfalls bei einem kleinen Kinde) die sonst so charakteristischen folliculären Läsionen auf der Dorsalseite der Finger, was aller Wahrscheinlichkeit nach auf den Umstand zurückzuführen ist, dass an dieser Stelle die Haare wegen des jugendlichen Alters des Pat. nicht entwickelt waren. Indessen hält R. die Diagnose für richtig, und zwar wegen des folgenden Symptomencomplexes, welcher sich bei keiner anderen Krankheit findet:

1) Die diffuse feine Abschilferung am behaarten Kopfe; 2) das beschriebene Aussehen der Gesichtshaut; 3) die symmetrische Affection auf den Handflächen und Fusssohlen; 4) die chagrinierten, mit feinen weissen Schuppen bedeckten Plaques an Knieen und Ellenbogen; 5) die folliculären Läsionen auf Rücken und Brust. Dass die folliculären Hyperkeratosen so wenig entwickelt waren, ist auf das jugendliche Alter des Pat. und das kurze Bestehen der Affection zurückzuführen. Hinsichtlich des Vorhandenseins der temporär bestehenden und schnell verschwindenden Lichen ruber-ähnlichen Papeln stimmt dieser Fall mit den von Hallopeau und Brodier (1893) und den von Menéau (1895) veröffentlichten Fällen überein, die sämtlich Kinder betrafen.

Ob die Heilung, welche jetzt schon 3 Jahre gedauert hat, definitiv

Digitized by Google

sein wird, ist ja sehr zweifelhaft, weil man in früher publicierten Fällen Recidive selbst nach 6jähriger Ruhe beobachtet hat.

---

157) **Still.** Klystier-Exantheme bei Kindern.

(Brit. med. Journal 22. X. 98. — Allgem. medic. Central-Zeitung 1899 No. 16.)

Wie St. in der Clinical Society of London (14. X. 98) berichtet, hat er 26 derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Aussehen und Verlauf des Exanthems waren in allen ganz charakteristisch, und auch die Aetiologie war stets unzweifelhaft, besonders da in vielen dieser Fälle das Exanthem jedesmal nach Applikation eines Klystiers sich entwickelte. Gewöhnlich zeigte es sich in Form von hellroten Flecken auf Knieen, Nates, Ellenbogen und Gesicht, in anderen Fällen glich die Eruption ganz einer Scarlatina, zuweilen waren beide Formen neben einander vorhanden. Gewöhnlich erschien das Exanthem 12—24 Stunden nach Applikation des Klystiers und bildete sich meist schon nach 24—48 Stunden zurück. Selten war das Allgemeinbefinden gestört. Die Quantität des Klystiers, die Zeit seines Beibehaltens und die Dauer der vorangegangenen Obstipation scheinen auf die Entwickelung des Exanthems ohne Einfluss zu sein. Differentialdiagnostisch kamen Masern, Scharlach, Röteln in Betracht, zumal sich das Exanthem mitunter mit Desquamation zurückbildet. Vielleicht ist die sogenannte „Operations-Scarlatina" manchmal auf ein vorausgeschicktes Klystier zurückzuführen.

Pathogenetisch hält St. das Klystier-Exanthem für eine vasomotorische Erscheinung, für deren Entstehung 3 Möglichkeiten vorhanden sind: eine Resorption toxischer Substanzen aus dem zur Einfettung benutzten Material, oder eine Resorption von Toxinen aus den durch das Klystier gelockerten Fäces und eine Reflexwirkung auf die vasomotorischen Centren.

---

158) **Bettmann.** Ueber Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben.

(Aus der Heidelberger medic. Klinik.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 15.)

12jähr. Knabe wird von seinem Vater gebracht mit der Angabe, dass er an einer Hautkrankheit leide, die er sich durch die Impfung zugezogen habe. Pat. war im letzten Sommer revacciniert worden; die Impfpusteln waren in normaler Weise abgeheilt, als wenige Wochen später an der Impfstelle eine „Flechte" bebemerkt wurde, die sich von da aus auf weitere Teile des Körpers ausbreitete.

Der ziemlich gut entwickelte Knabe zeigt das Bild einer typischen Psoriasis vulgaris von mässiger Ausdehnung. Befallen sind die Streckseiten der beiden Arme, der linke weit mehr als der rechte, ferner in geringem Maasse der Rumpf, speziell die Lendengegend, die Streckseiten der unteren Extremitäten und der behaarte Kopf. Auffallend sind nun am linken Oberarm 4 in gerader Linie untereinander gelegene Efflorescenzen von Linsen- bis Pfenniggrösse, die teilweise eine Beziehung zu den Impfnarben erkennen lassen. Man sieht 5 solcher querverlaufender Narben; die oberste Psoriasisefflorescenz liegt zwischen der 3. und 4. Narbe, während die nächste Efflorescenz von der untersten Narbe mitten durchzogen wird und die nächsten Plaques ausserhalb des Impfbezirks fallen.

Vater und Pat. geben mit voller Bestimmtheit an, dass jene oberen Efflorescenzen die ersten Manifestationen der Krankheit gewesen seien. Pat. ist vorher nie krank gewesen, speziell nie an der Haut; weder in seiner Ascendenz, noch bei seinen 4 Geschwistern ist bisher irgend eine Hautaffektion beobachtet worden.

Digitized by Google

Heller hat jüngst einen ähnlichen Fall — Student, bei dem sich Psoriasis auf den Narben der 3. Impfung etablierte — mitgeteilt und führte eine Casuistik von nur 14 Fällen an; fast in allen diesen Fällen handelte es sich nicht um die Lokalisation frischer Efflorescenzen einer schon vorher vorhandenen Psoriasis auf den Impfnarben, sondern die Krankheit begann, wie auch in B.'s Falle, überhaupt erst nach der Vaccination. Eine Beziehung zur letzteren muss sicher bestehen, doch freilich nur so, dass diese als Agent provocateur dasteht; wie auch sonst irgend eine äussere Reizung Veranlassung für das lokale Auftreten von Psoriasisflecken werden kann, wie mechanische, thermische, chemische Reize der verschiedensten Art hier ätiologisch wirken können, so ist das auch bei der Vaccination der Fall, und zwar kann auf diese also das erste Auftreten der Hautaffection folgen, ohne dass sich daraus eine spezifische Schädigung durch die Vaccine irgendwie herleiten lässt.

---

159) **Th. Froelich.** Et tilfaelde af nefrit efter vakcination.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1898 No. 9. — Centralblatt für innere Medicin 1899 No. 2.)

Nach kurzer Besprechung der vorliegenden Litteratur — echte Nephritis nach Vaccination stellt eigentlich nur der Fall von Perl dar — berichtet F. über ein 6 ½ jähriges Kind, das gesund war und keiner anderen Nephritisursache ausgesetzt erschien und doch 17 Tage nach der — nicht starke Reaction setzenden — Impfung (mit animaler Lymphe, die bei anderen Kindern keinerlei Schädigung hervorrief) Oedem und blutigen, eiweisshaltigen Urin mit Blutkörperchencylindern bekam. Heilung.

---

160) **Neumann.** Impftuberculose durch die Circumcision.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 6.)

N. teilte in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (3. II. 99) mit, dass ihm vor einigen Tagen aus einer kleinen Stadt Ungarns ein Kind mit einem Geschwürsprocesse am Genitale und beiderseitiger Leistendrüsenschwellung überwiesen wurde. Das Aussehen des Geschwürs sowie die seit der Circumcision verflossene Zeit sprachen gegen Syphilis. Die histologische Untersuchung der exstirpierten Lymphdrüse rechtfertigte den Verdacht auf Tuberculose. Wenige Tage später wurde ein 2. Kind mit ganz gleichem Befunde aus demselben Orte gebracht. Das hereditär nicht belastete Kind, 6 Monate alt, war 8 Tage post part. beschnitten worden; die Wunde heilte anfangs rasch, doch soll eine leichte Rötung und Schwellung zurückgeblieben sein, um 6 Wochen später aufzubrechen; trotzt ärztlicher Behandlung (Sublimat, Lapissalbe) kam es zu keiner Abheilung, vielmehr traten in der Folge noch Drüsenschwellungen in der Leistenbeuge beiderseits vor 2—3 Monaten auf. Pat. ist seinem Alter entsprechend kräftig gebaut, gut genährt. Glans penis intakt; an der ganzen Penishaut ringförmig dicht aneinanderstossende, quergestellte, meist bohnengrosse Geschwüre mit unterminierten, oft buchtig unter-

Digitized by Google

wühlten oder wie angenagten welken, leicht livid verfärbten Rändern und mit einem dünnen, eitrigen Belage auf dem feinhöckrigen Grunde; an der rechten Seite der Penishaut einige gleich grosse Narben nach bereits geheilten Geschwüren. An der Unterseite reichen die Ulcera dicht gedrängt und circulär gestellt, bis ans Scrotum, links in inguine eine kleinapfelgrosse Geschwulst, über welche die Haut normal und verschieblich ist, rechts mehrere haselnussgrosse, teigig-weiche Drüsen.

Von demselben Beschneider sollen im Verlaufe des Winters schon 6 Kinder erkrankt sein, von welchen eines nach mehreren Monaten starb. Zweifellos handelt es sich um Impftuberculose, wie sie schon mehrfach in der Litteratur beschrieben ist und früher oft verwechselt wurde, indem man jede Ulceration mit Drüsenschwellung nach der rituellen Circumcision als syphilitisch ansah.

---

161) **A. Hoffa.** Zur Schmierseifenbehandlung der tuberculösen Lokalerkrankungen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)

Die von Kapesser und Kollmann empfohlene Methode hat H. in den letzten 12 Jahren bei über 200 Pat. angewandt und war damit ausserordentlich zufrieden. Er benutzte sie hauptsächlich zur Allgemeinbehandlung bei Spondylitis, Tuberculose des Hüft-, Knie-, Fuss- und Ellenbogengelenks, bei Drüsen- und Hauttuberculose, wobei freilich ausserdem auch die gewöhnliche Behandlung dieser Affectionen zur Anwendung gelangte. Diese hatte aber viel bessere Resultate, wenn gleichzeitig geschmiert wurde. Das Allgemeinbefinden und der Appetit hoben sich rasch, die Gelenkschwellungen bildeten sich schneller zurück, die Fisteln schlossen sich eher u. s. w. Wunderbare Erfolge sah Z. namentlich bei den multiplen tuberculösen Knochen- und Gelenkerkrankungen recht heruntergekommener Kinder; hochgradigste Processe, z. B. die schweren Erkrankungen an den Fusswurzelknochen sah H. so vollständig abheilen. Es kommt freilich sehr auf das Präparat an. Zu verwenden ist nur die in den Apotheken vorrätige Sapo kalin. venal. H. benutzt stets die Sapo kalin. venal. transparens (superfeine Oelseife) der Firma Duvernoy (Stuttgart). Davon werden 25—40 g wöchentlich 2—3 mal (nicht öfters, da sonst leicht Ekzeme!) mittelst Schwammes oder der Flachhand Abends eingerieben, und zwar vom Nacken einschliesslich beginnend am Rücken und den Oberschenkeln und, wenn thunlich, den Oberschenkelbeugen entlang bis incl. zu beiden Kniekehlen. Ist eine Extremität im Verband fixiert, so wird dieser während des Einreibens mit Guttaperchapapier vor dem Nasswerden geschützt; bei Spondylitis zieht man event. das Corsett aus, legt die Kinder auf den Bauch, reibt dann ein und zieht das Corsett wieder an. Die Seife bleibt $^1/_2$ Stunde liegen, worauf sie mit Schwamm und warmem Wasser entfernt wird. Pat. bleibt die Nacht im Bett, Tags darauf kann er aufstehen.

Ueber den Wirkungsmodus sind die Ansichten geteilt. Kollmann meint, dass die schädliche Milchsäure im Körper neutralisiert wird und das Blut an Alkalescenz zunimmt; Vermehrung der Alka-

Digitized by Google

lescenz aber wirkt durch Zunahme des Stoffwechsels günstig ein; letzterer wird sicher auch durch die Massage erhöht. Jedenfalls aber ist die Wirkung unbestreitbar und die Cur als Adjuvans der anderen therapeutischen Maassnahmen bei den scrophulösen Pat. ungemein nützlich.

---

162) **Horlacher** (Sternberg): Ueber Seifenbehandlung bei Gelenktuberculose.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 17.)

Auch H. hat in 2 Fällen mit dieser Methode gute Resultate erzielt.

1) 3jähr. Mädchen, an Caries des linken Hüftgelenks leidend. Schon mehrfach in Krankenhäusern operiert und nach längerem Aufenthalt als geheilt entlasen, aber immer wieder Redicive, so auch jetzt, wo Pat. längere Zeit nach der letzten Operation in H.'s Behandlung kam. Neben starker schmerzhafter Anschwellung in der Höhe der Trocheanters an der Vorderseite des Oberschenkels eine Fistelöffnung mit schwammigen Rändern, aus welcher sich dünner, übelriechender Eiter entleerte. Pat. konnte weder stehen, noch gehen. Die Behandlung bestand — in Abständen von je 2 Tagen — nach sorgfältiger Reinigung der Fistelöffnung und deren Umgebung in einem Verbande mit Perubalsam und, behufs Ruhigstellung des Gliedes, in einem das Becken, Ober- und Unterschenkel umfassenden umfassenden festen Verband, ferner 3—4 mal wöchentlichen Einreibungen des Rückens (incl. Nates) und der hinteren Seite der Oberschenkel mit Sapo kalin. venal. Nach 5 Wochen schon bedeutende Besserung: Aus der sich allmählich immer mehr schliessenden Fistelöffnung trat nur hie und da etwas gut aussehender, nicht mehr übelriechender Eiter aus, die Anschwellung in der Gegend des grossen Trochanters war bedeutend vermindert, nicht mehr schmerzhaft, und nach weiteren 4 Wochen nahezu vollständig verschwunden und die Fistel geschlossen. Kein Recidiv mehr.

2) 5jähr. Knabe. Schon mehrmals in der Klinik wegen Caries des linken Ellenbogengelenks operiert, ohne dauernden Erfolg. Jetzt wieder Fistel, übelriechender Eiter, heftige Schmerzen im Arm. Neben Reinigung, feuchten Umschlägen etc. Seifeneinreibungen. Nach 8 Wochen Heilung. Kein Recidiv mehr.

---

163) **A. Monti.** Statistische Beiträge zur Lehre von der Scrophulose.

(Archiv f. Kinderheilkunde 1899 Bd. 26 Heft 3/4.)

M. hat ein sehr grosses klinisches Material statistisch bearbeitet. Seine Untersuchungen ergaben Folgendes:

Eine Trennung von Scrophulose und Tuberculose hat nur für 2 Stadien Berechtigung. Mit dem Namen Scrophulose bezeichnet man alle jene Fälle von Ernährungsstörung, die in mangelhaftem histologischem Aufbau der Gewebe, sowie in unvollkommen vor sich gehenden Stoffwechsel ihren Grund haben, und die Ernährungsstörung, die daraus resultiert, wie schlaffe Muskulatur, schlecht gebildetes Fettpolster, torpide oder erethische Beschaffenheit der Haut, abnorm zarter Knochenbau, Anämie, Herzschwäche, leichte hypertrophische Schwellungen der Lymphdrüsen, das ist das 1. Stadium derselben. In das 2. Stadium der Scrophulose muss man alle jene Fälle einreihen, wo die eben beschriebene Ernährungsstörung vorliegt und überdies durch äussere Einflüsse bedingte entzündliche Processe der Haut, der Schleimhäute und des Periosts, Processe,

Digitized by Google

welche sich eben durch ihre geringe Tendenz zur Heilung und durch die vielen Recidive auszeichnen. Für diese beiden Krankheitsgruppen ist man nicht berechtigt, Tuberculose als Grundursache anzunehmen, da dabei der Nachweis tuberculöser Producte vollständig fehlt. Allerdings kann auch in diesen Stadien eine tuberculöse Infection stattfinden, aber dieselbe betrifft gewöhnlich die inneren Organe, wie Lunge etc. Im 3. Stadium haben wir den Ausgang des scrophulösen Processes in lokale Tuberculose, und sind diese Gruppen von Fällen, wenn man die Entstehung der Erkrankung nicht gekannt hat, allerdings als Tuberculose zu deuten.

Es ist nach den gemachten Erfahrungen sicher, dass sich die Reihenfolge, wie sich die einzelnen Stadien der Scophulose bei einem Individuum entwickeln, verfolgen lässt, und dass die Annahme, dass es sich schon ursprünglich um einen tuberculösen Process gehandelt hat, mit der klinischen Erfahrung nicht in Einklang zu bringen ist.

Auch ist der Verlauf der Erkrankung ein sehr verschiedener. Die Mortalität ist beim 1. Stadium am geringsten (kaum 1 %); mit dem Eintritt entzündlicher Lokalaffectionen, aber noch immer scrophulöser Natur, steigt sie auf 3 % und wird vorwiegend durch Sepsis oder tuberculöse Infection innerer Organe bedingt, die eben unter anderen Verhältnissen nicht zustande gekommen wäre, während so die scrophulöse Constitution den geeigneten Boden für die tuberculöse Infection geliefert hat. Im 3. Stadium steigt die Mortalität enorm, bis über 8 %, weil sowohl die tuberculöse Infection der inneren Organe durch die tuberculösen Lokalprocesse häufiger stattfindet, als auch wegen Degeneration der inneren Organe die Amyloidose als Todesursache in Wirkung tritt. Das Gleiche gilt von den Heilungsprocenten. Im 1. Stadium ist in 87 % Heilung zu erzielen, im 2. noch immer, je nach der Art der Lokalaffection, in 80—90 %, während sie für das dritte Stadium auf 60 % sinkt und bei den einzelnen Lokalaffectionen desselben zwischen 32—82 % schwankt. Die Todesursachen sind im 1. Stadium vorwiegend Tuberculose der inneren Organe, besonders der Lungen oder intercurrierende anderweitige infectiöse Processe, im 2. Stadium hauptsächlich Tuberculose der Lungen und des Darmes, im 3. insbesondere Meningitis tuberculosa, Amyloidose, auch chronische Sepsis.

Die Scrophulose kommt, wenn auch selten, schon im 1. Lebensjahre zur Beobachtung, am häufigsten ist sie im Alter von 1—5 Jahren und ist in den folgenden Altersstufen zwar immer noch häufig, aber so ziemlich gleichmässig vertreten. Die relative Häufigkeit der einzelnen Stadien beträgt 10 % fürs 1., 68 % fürs 2. und 22 % fürs 3. Stadium.

---

164) **O. Heubner.** Urotropin in der Kinderpraxis.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 No. 2.)

Nicht selten werden Kinder von leichteren und auch schwereren Erkrankungen infectiöser Natur an der Blase befallen; bekannt ist die Colicystitis, die an Gonorrhoë sich anschliessende schwere Cystitis, die Erkältungscystitis. Unter

Digitized by Google

allen diesen begegnet man bisweilen äusserst hartnäckigen Formen, die den bisher geübten Behandlungsmethoden, einschliesslich der Blasenspülung, oft monatelang widerstehen.

H. hat nun in einer Reihe solcher Fälle das von Nicolaier 1895 empfohlene Urotropin (Hexamethyltetramin) angewandt und führt 5 Fälle als Exempel genauer an. Bei 4 davon bewährte sich das Mittel gut, zum Teil sogar sehr gut; in allen diesen Fällen war die Cystitis durchwegs mit ammoniakalischer Harngährung verbunden, sodass die Reaction entweder alkalisch oder wenigstens neutral war und den Eltern immer schon bald nach der Entleerung der unangenehme Geruch des Urins auffiel; die Besserung der Erkrankung stellte sich immer ganz gleichzeitig mit der Umwandlung der Reaction in eine saure ein. Beim 5. Falle war der Urin trotz schwerer Affection der Urethra und Blase von saurer Beschaffenheit; hier hatte Urotropin gar keinen Einfluss auf die eitrige Entzündung dieser Teile, obwohl es ebenso lange und in gleich grosser Dosis gereicht worden war. Ganz die gleiche Erfahrung — auch Nicolaier hatte dieselbe schon gemacht — machte H. bei viel leichteren und nicht gonorrhoischen Formen der Cystitis ebenfalls, indem bei sauer reagierendem Urin Urotropin versagte. Und da unter diesen Fällen zweifellose bacterielle Erkrankungen waren, erscheint es H. zweifelhaft, ob das Mittel gerade die Bacterien beeinflusst und dadurch wirkt. Ferner kann H. auch insofern Nicolaier's Angaben bestätigen, dass der Anwendung und dem Aussetzen des Mittels ganz isochron Besserung und neue Verschlimmerung der Krankheit eintritt. Ein 7, 10, 15 und 18tägiger Gebrauch genügte zwar, um die krankhaften Erscheinungen zu beseitigen, aber nicht, um die Krankheit selbst zu beheben, indem jedesmal Trübung des Urins nebst den übrigen Beschwerden dem Aussetzen des Mittels folgten; erst als viele Wochen lang mit der Darreichung fortgefahren war, trat schliesslich Heilung ein. Beide Beobachtungen wird man sich bei Anwendung des Urotropins zu Nutze machen müssen. Erstlich wird es rätlich sein, nur solche Fälle dieser Behandlung zu unterziehen, wo die alkalische oder neutrale Reaction des frisch gelassenen Urins ein frühzeitiges Einsetzen der ammonikalischen Harngährung voraussetzen lässt, zweitens wird die Darreichung des Mittels nicht zu früh nach Eintritt der Besserung abzubrechen sein. Man giebt es erst ununterbrochen 3 Wochen, treten nach Aufhören die Beschwerden nochmals ein, 6 Wochen lang, event. ein 3. Mal u. s. w. Ein nachteiliger Einfluss des länger fortgesetzten Gebrauchs trat bei H.'s Dosen — bei 6—10jähr. Kindern 0,6—2,0 pro die — nicht ein; in einem Fall wurde auch von einem 4jähr. Kinde 1 g tägl. (H. gab das Mittel immer 3—4 mal tägl. à 0,25—0,4) gut vertragen.

---

165) **C. Walko.** Ueber Vergiftung mit Filix mas.

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 16.)

C. berichtete im Verein deutscher Aerzte in Prag (3. III. 99) über einen Vergiftungsfall bei einer erwachsenen Pat.,

Digitized by Google

die auf der Klinik von Prof. v. Jacksch behufs einer Bandwurmkur 5 g Filixextract erhalten hatte. Trotzdem die Kranke fast das ganze Medikament wieder ausbrach, entwickelten sich doch schwere Intoxikationserscheinungen, und zwar merkwürdigerweise fast sämtliche Symptome vereint, die bisher bei Vergiftungen mit Filixextract beschrieben worden sind und als charakteristisch angesehen werden.

Wenige Minuten nach Einnahme des Mittels stellten sich Speichelfluss, Hypersekretion aus Nase und Thränendrüse, Schwindelgefühl und Nebelsehen ein, welches sich bis zur vollständigen Amaurose steigerte. Im weiteren Verlaufe traten Singultus, Würgbewegungen, Schling- und Zwerchfellskrämpfe ein, ferner Mydriasis, eine gleichseitige Deviation der Augen nach aussen und oben, allgemeines Zittern, tonische Streckkrämpfe der Extremitäten, Trismus, Opisthotonus und kurzdauernde Bewusstseinsstörung mit nachfolgendem Lähmungsstadium. Gleichzeitig mit den Krämpfen kam es zu Collapserscheinungen, wie starker Dyspnoë, Cyanose, Pulslosigkeit und Sinken der Körpertemperatur. Nach Campherinjectionen und äusseren Hautreizen besserte sich der Anfall, wiederholte sich jedoch später in gleicher und heftigerer Weise. Sodann erfolgte dauernde Erholung, nach 12 Stunden Abgang der Taenie mit dem Kopfe.

Ganghofner: „Die uns hier gemachte Mitteilung von schwerer Vergiftung mit Extract. filic. mar. ist von schwerwiegender Bedeutung und erregt mein persönliches Interesse ganz besonders, da in der von mir geleiteten Kinderklinik Bandwurmkuren alljährlich in grosser Anzahl vorgenommen werden. Schon vor Jahren, als die Mitteilungen über Filixvergiftungen in der Litteratur sich zu mehren begannen, hat uns die mit dieser Behandlungsmethode verbundene Gefahr nicht wenig Sorge gemacht, und wir sahen uns veranlasst, immer wieder Versuche mit den als weniger gefährlich bekannten Bandwurmmitteln anzustellen. Aber wir hatten fast durchwegs Misserfolge; ob wir es nun mit Punica Granatum, mit Kousso oder Kamala versuchten, ein nur annähernd zufriedenstellendes Resultat war nicht zu erreichen. Es mochte dies ja vielfach an der ungenügenden Qualität der uns zur Verfügung stehenden Präparate liegen, dann aber ohne Zweifel auch an dem Umstande, dass der widerliche Geschmack derselben in Verbindung mit den nötigen grossen Mengen Widerstreben und Widerwillen bei den Kindern hervorrief und damit häufiges Erbrechen eines grossen Teils der eingebrachten Medikamente. Auch die Einbringung mittelst des Schlundrohres, bezw. mittelst eines weiten Nélaton half da nicht viel, es dauerte eben, namentlich bei älteren Kindern, der durch Einführung desselben hervorgerufene Brechreiz noch einige Zeit fort, und so kam es auch bei dieser Applikationsweise oft genug zum Erbrechen. Inzwischen schien durch die Darlegungen der Pharmakologen ein Weg gefunden zu sein, um die ihrer viel besseren Erfolge wegen so beliebten Kuren mit dem Farrenkrautextract doch ohne besondere Gefahr wieder aufnehmen zu können. Man sagte, die Gefahr liege einmal in den zu grossen Gaben, hauptsächlich aber in der gleichzeitigen Anwendung öliger Substanzen, bezw. des mit dem Filixextract zugleich oder bald darauf verabreichten Ricinusöls, wodurch die giftige Substanz, als welche man die Filixsäure ansah, zur Lösung und Resorption gebracht werde. Dies lasse sich durch Anwendung anderer Abführmittel bei der Bandwurmkur vermeiden. Unsere seither gemachten Erfahrungen schienen dies zu bestätigen. Das uns aus der Apotheke des hiesigen Allgem. Krankenhauses gelieferte Filixextract schien von stets gleicher und prompter Wirkung. Wir überzeugten uns bald, dss man mit verhältnismässig kleinen Gaben desselben ganz wohl auskommen könne. Unsere Dosierung gestalteten wir so, dass im Allgemeinen $^1/_2$ g des ätherischen Extractes pro Lebensjahr gerechnet wurde, wobei auch für Kinder von mehr als 10 Jahren die Dosis von 4 g zumeist ausreichend war und wir uns nur selten veranlasst sahen, bei 12—14jährigen 5 g des Präparates zu reichen. Darüber sind wir nie hinausgegangen .In der Mehrzahl der so durchgeführten Bandwurmkuren gelang es, den Scolex abzutreiben; hatten wir einmal einen Misserfolg, so wurde die Kur nach einiger Zeit mit einer nur wenig erhöhten Gabe wiederholt. Als

Digitized by Google

Abführmittel verwendeten wir meist Sennapräparate, daneben wurden wiederholte ausgiebige Irrigationen des Darms nach Verabreichung des Mittels in 1—2 stündl. Intervallen vorgenommen. Die Vorbereitungskur wurde nicht allzu rigoros durchgeführt; wir begnügten uns mit ausgiebiger Entleerung des Darmes durch ein Abführmittel am Tage zuvor, wo auch etwas knappere Kost gereicht wurde. Am folgenden Morgen bekamen die Kinder etwas Thee mit Zwieback und 1—2 Stunden darauf das Filixextract, zumeist in kleinen Gelatinekapseln. Bei den zahlreichen im Laufe von 10 Jahren in dieser Weise durchgeführten Bandwurmkuren sind uns niemals Intoxikationsscheinungen, auch nur leichtester Art, vorgekommen. Der uns eben bekannt gewordene Fall ist jedoch vollauf geeignet, neuerdings schwere Bedenken gegen die scheinbare Gefahrlosigkeit unseres Verfahrens zu erwecken. Da erfahren wir, dass eine erwachsene Person nach Verabreichung einer mässigen Gabe des Filixextractes, wie wir sie älteren Kindern oft verabfolgt haben, in einen Zustand schwerster Vergiftung gerät, wir hören von Amaurose und lebensgefährlichem Collaps, und das Alles kommt in kürzester Zeit zustande, wo doch nur erst geringe Mengen der giftigen Substanz zur Wirkung gelangt sein konnten. Dabei ist hier kein Ricinusöl gegeben worden, und doch so schwere Vergiftungssymptome. Wenn auch solche Fälle selten sein mögen und sich, wie ja auch die Erfahrungen Anderer darthun, unter Hunderten von Filixkuren nur 1mal ereignen mögen, so eröffnen sie doch eine geradezu erschreckende Perspective. Man denke sich nur die Situation für denjenigen Arzt, der das Unglück hat, es zu erleben, dass ein ihm zur Bandwurmkur anvertrautes, sonst gesundes Kind infolge dieser Kur erblindet, möglicherweise dauernd erblindet oder stirbt. Die Verantwortung ist eine allzugrosse, und dazu kommt, dass die Sache durchaus nicht geklärt ist und man nicht weiss, woran es liegt, dass ein und dasselbe Präparat, wie hier, bei dem einen Individuum die gefahrdrohendsten Symptome hervorruft, während es andere ungeschädigt lässt. So schwer es uns fallen mag, ein so sicher wirkendes Präparat aufgeben zu müssen, so wird wohl nichts Anderes erübrigen, als wieder zu den anderen weniger wirksamen seine Zuflucht zu nehmen, insolange es nicht gelungen ist, mehr Klarheit in das Dunkel zu bringen, welches derzeit noch die Filixvergiftungen umgiebt. Dieses Dunkel zu lichten, wäre eine dankbare Aufgabe der Pharmakologen. Man wird vorerst nach anderen, ungefährlicheren Bandwurmmitteln forschen müssen, auch auf die Gefahr hin, zahlreiche Misserfolge zu haben. Ich wenigstens für meine Person glaube, diese Consequenz ziehen zu müssen.“ — Walko fügt noch hinzu, dass in seinem Fall das gewöhnliche Präparat verwendet wurde, welches gleichzeitig anderen Pat. selbst in doppelt so hoher Dosis verabreicht, sich als durchaus nicht schädlich erwies. Betreffs des Ricinusöls seien die Befürchtungen im Allgemeinen zu grosse; denn wenn es auch gewisse Bestandteile in geringem Masse löst, birgt es auch andererseits die Garantie einer raschen Entleerung des Darmes in sich. Auch Leichtenstern hat in hunderten von Fällen Filixextract und nachher Ricinusöl angewandt, ohne je schädliche Folgen zu erleben. Trotzdem empfiehlt sich immerhin die Anwendung des von Bozzolo empfohlenen Thymols. Dasselbe wurde an der v. Jaksch'schen Klinik in etwa 30 Fällen in Dosen von 8—12g pro die bei Erwachsenen, 3—5g bei Kindern mit dem besten Erfolge, ohne schädliche Nachwirkung bei Bandwurmkuren benutzt. — Doc. Fr. Pick hat in letzter Zeit von dem Helfenberg'schen Filixextract auch mit Ricinus nie üble Zufälle gesehen, bei anderen Mitteln hat er nie so gute Erfolge erzielt.

---

166) **M. Zangerle.** Ein Fall von Naphthalinvergiftung.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)

Ein zum Sammeln von Fallholz in den Wald geschickter 12jähriger Knabe kam wider Erwarten erst Abends 9 Uhr in einem Zustand nach Hause, den der Vater für einen Rausch nach dem Genuss von Alkohol hielt. Der Knabe zeigte taumelnden Gang, war halb bewusstlos, sprach kein Wort, reagierte auf die körperliche Züchtigung seines Vaters gar nicht, gab auf Fragen keine Antwort.

Von den Kameraden seines Jungen erfuhr der Vater, dass sein Sohn keinen Alkohol genossen hätte, auch keine Beeren im Walde, wohl aber 2 „Bonbons“, die ihm ein Schulgenosse gegeben habe, worauf allmählich die Erkrankung eingetreten sei. Dar Vater gab daraufhin, um Erbrechen zu erzeugen, dem Pat. grosse Mengen Milch und Zucker, was auch wirklich bald Erbrechen machte.

Am nächsten Morgen wurde Z. geholt. Derselbe fand den Jungen zwar noch

Digitized by Google

etwas müde und schläfrig, sonst aber alles normal, sodass eine Behandlung unterbleiben konnte.

Ein anderer Knabe, der auch einen „Bonbon“ jener Art gegessen, erkrankte ebenfalls, aber noch leichter.

Es stellte sich heraus, dass jene Bonbons in der Droguerie als Mottenmittel verkaufte „Naphthalincamphertabletten“ waren. Die Untersuchung zeigte nun, dass Campher darin gar nicht vorhanden war, sondern dass die wie Zuckerstücke aussehenden, rund 2 g wiegenden Tabletten nur aus mechanisch zusammengepresstem Naphthalin bestanden, das sich als durchaus rein erwies. Dass auch solches durchaus nicht so harmlos ist, wie man annimmt, zeigte obiger Fall.

---

167) **Schwabe.** Ein Fall von schwerer Resorcinvergiftung.

(Der Kinderarzt 1899 Heft 5.)

Resorcin ist vielfach für die Kinderpraxis empfohlen worden. So von Bianchini gegen Diphtherie (Pinselsaft 3 : 10), gegen adenoide Vegetationen (Tupfen mit 50—100%iger Lösung), gegen Pertussis von Galvagno (Resorcin, Antipyrin. āā 15,0, Aq. dest. 200,0 täglich 3—5 Theelöffel), gegen Pertussis ferner von Gamba und Moncorvo (Pinseln mit 1%iger Lösung), gegen Ekzeme (Paste 12,0 : 200,0, auch Streupulver 1 : Zink. oxyd. 30), von Sonnenberger gegen Gastroenteritis, von Cattani gegen Dyspepsie infolge abnormer Gährungen (auch in Klysmaform).

Von Intoxikationen wurde nicht gesprochen. Sonnenberger hebt hervor, er habe Kindern in den ersten Monaten 0,1—0,12, älteren 0,15—0,2 pro die ohne jeden Schaden gegeben. Und doch müssen bei der chemischen Natur des Resorcin von vornherein Bedenken auftauchen.

1. Das Resorcin kann ausser durch Einwirkung schmelzender Alkalien auf verschiedene Harze auch synthetisch durch Schmelzen von Chlorphenol mit Aetzkali dargestellt werden. Ist das Resorcin chemisch nicht rein, so empfindet man einen an Phenol erinnernden Geruch. Bei der ausserordentlichen Empfindlichkeit der Kinder gegen Phenol muss das Resorcin in der Kinderpraxis also recht vorsichtig benutzt werden.

2. Die 3 Dihydroxybenzole (Brenzcatechin, Resorcin und Hydrochinon) haben sehr brüske antipyretische Wirkung; sie erniedrigen die Temperatur ganz schroff durch vermehrte Wärmeabgabe des Körpers. Man hat also bei Resorcin Collaps zu befürchten.

S. erlebte einen Fall von Resorcinvergiftung, bei dem in der That sich Phenolintoxikation mit Antipyrese-Collaps combinierten.

Ein 5jähriges, kräftiges, gesundes Mädchen war mit Erbrechen mässig fieberhaft erkrankt; alles sprach dafür, dass es sich um eine acute Gastroenteritis ex ingestis handelte. Ordination: Intern Salzsäure, dann ein Einguss (100 g) mit einer 0,5%igen wässrigen Resorcinlösung. Durch ein Versehen erhielt das Kind statt 100 g einen Einlauf von 200 g, also 1 g Resorcin. Etwa 4 Minuten darauf begann das Kind Grimassen zu schneiden und erklärte der es fragenden Mutter, es machten ihm die Augen und Ohren Musik. Unmittelbar darauf wurde Pat. leichenblass, verdrehte die Augen, die leicht livid gefärbte Haut war von kaltem Schweiss bedeckt, der Kopf etwas rückwärts gebeugt, die Wirbelsäule ziemlich

Digitized by Google

starr. Als S. erschien, dauerte der Zustand etwa 15 Minuten. Die erschreckte Mutter hatte zunächst etwas Ungarwein einflössen können, dann aber an den festgeschlossenen Zahnreihen einen unüberwindlichen Widerstand gefunden. Da der Puls nicht mehr zu fühlen war, das Herz vollkommen jagte, erhielt Pat. zunächst Aetherinjectionen, während dessen die Mutter den Darm mit einer kühlen Natr. sulf.-Lösung irrigierte. Nach etwa 10 Minuten wurde der Puls wieder fühlbar, die Zähne waren nicht mehr so stark aneinander gepresst, es wurden wimmernde Laute hörbar. Pupillen ziemlich weit (im Gegensatz zu reiner Phenolvergiftung!), Reaction matt. Nach weiterer Injection von Aether, Auflegen von Senfteigen, Einflössen von Champagner u. s. w. verfiel das Kind, während der Puls bald stärker, bald wieder schwächer wurde, in Schlaf. Die Atmung, die anfangs ganz oberflächlich und fliegend war, wurde nun endlich — es waren 5/4 Stunden vergangen — ruhiger und tiefer, auch die Grimassen, das Stöhnen und Wimmern, die eigenartig pflückenden Bewegungen der Händchen verschwanden. Nach 2 1/2 Stunden wachte das Kind auf, war sehr erstaunt, sich in einem anderen Bette zu befinden, und wusste nichts von all den Vorgängen vor und bei der Vergiftung. Es fühlte sich recht matt, klagte aber sonst über nichts. Die Temperatur, die während des Collapses auf knapp 35° C. (in ano) zurückgegangen war, schnellte jetzt auf 41°. Der alsbald gelassene Urin war grünschwarz und enthielt Spuren von Eiweiss; erst am übernächsten Tage zeigte er wieder normale Farbe. Das Allgemeinbefinden war nach einer sehr unruhigen Nacht zufriedenstellend und besserte sich von Tag zu Tag; sodass Pat. bald vollständig genesen war.

Also in der That Zeichen von Phenolvergiftung (unfühlbarer Puls, stockende Atmung, grünschwarzer Urin) neben Antipyrese-Collaps (schroffer Temperaturabfall mit folgendem gewaltigen Indiehöheschnellen). S. möchte daraus die Lehre ziehen, dass man Resorcineinläufe nie dem Pflegepersonal überlassen soll, dass man ferner eine Paste von 12 : 200, eine Mixtur von 15 : 200 bei der Gefährlichkeit des Mittels durchaus zu vermeiden hat. Uebrigens scheint das verwendete Resorcin chemisch rein gewesen zu sein; es roch nicht nach Phenol.

---

168) **Bloch** (Beuthen O/S.). Ein Fall von Vergiftung mit Natr. nitrosum.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 20.)

Am 22. III. d. J. wurde B. Abends 7 1/4 Uhr zu einem 4 Monate alten Kinde geholt, das, bislang gesund, am Tage vorher mit Husten erkrankt sei. Das an der Brust einer kräftigen Amme befindliche Kind zeigte ein blassgelbes, wachsartiges Aussehen; die an der Schläfengegend sichtbaren venösen Gefässe turgescent, die Schleimhaut der Lippen dunkel- bis schwarzblau, die Zunge ebenso; Hände und Füsse in Extensionsstellung, Nägel dunkelblau, äussere Haut kalt; Puls klein und beschleunigt (144) aussetzend; das Kind schrie anhaltend.

Die Anamnese ergab, dass die Mutter des Hustens wegen am Abend vorher eine von B. 4 Wochen früher dem Kinde verordnete Medicin, die letzterem damals so gut bekommen sei, habe erneuern lassen. B. liess sich die Flasche zeigen und fand die Signatur:

Inf. Ipecac. 0,3:100,0
Nat. nit.
Aq. Lauroc. āā 1,0
Syr. Alth. 20,0

B. wusste genau, dass er s. Z. „Kal. nitric." verschrieben hatte, und vermutete sofort, dass hierfür Natr. nitros. gegeben worden war. Das Kind hatte am Abend vorher 2 Theelöffel und dann von früh 8 Uhr an 2stündl. 1 Theelöffel erhalten; es wurde nach jedem Löffel blasser. Im Ganzen hatte es bisher etwa die Hälfte der Arznei (= 0,5 Natr. nitros.) genommen. Nachdem es mehrmals zum Brechen gereizt war, wobei sich geronnene Milch ergab, und nach Darreichung einiger Klysmen, gelang es unter fortgesetztem Frottieren und Packungen in heisse Tücher, das schreiende Kind nach 1 1/2 stündigem Bemühen zu beruhigen. Der Puls wurde regelmässig und sank auf 96. Unter Darreichung von Olivenöl

Digitized by Google

(2stdl. 1 Theelöffel) genas das Kind nach einigen Tagen; der in den nächsten Tagen entleerte Stuhl war grün, das anämische Aussehen verlor sich gleichfalls.

Eine Rückfrage in der Apotheke ergab, dass in der That versehentlich Natr. nitros. gegeben worden war.

Das Natr. nitros. hatte hier ausser gastroenteritischen Erscheinungen (Farbe des Stuhles!) eine Zersetzung des Oxyhämoglobins in Methämoglobin, wie sie nach Binz den Nitriten eigen ist, bewirkt. Befremdend ist, dass ein so differentes Mittel ohne Weiteres abgegeben werden darf, sodass derartige Verwechselungen überhaupt möglich sind.

---

169) **Korb** (Stolp). Ein forensicher Fall von tötlicher Vergiftung, welcher nur durch Zufall zur Aufklärung und Sühne kam.

(Viertelj. für ger. Medicin April 1899. — Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1899 Nr. 10.)

Ein Arzt wird zu einem 3 Tage alten, ausserehelich geborenen Kinde gerufen und findet dasselbe mit allgemeiner Cyanose, kleinstem Pulse und stark verengten reactionslosen Pupillen; seinen Verdacht an eine Opiumvergiftung glaubt er indes nicht genügend begründen zu können und unterlässt daher vorläufig die Anzeige. Durch die Pflegemutter des Kindes benachrichtigt, dass demselben kurz vor seiner Erkrankung von seiner natürlichen Mutter ein weisses Pulver eingegeben worden sei, holt er die Anzeige nun nach. Das Kind wird exhumiert und die Section vorgenommen, welche aber wegen der vorgeschrittenen Verwesung (3 Wochen nach dem Tode) eine bestimmte Todesursache nicht feststellen liess und nur einige Zeichen von Stickfluss ergab. Die chemische Untersuchung auf pflanzliche Gifte, speziell Opium fiel negativ aus, dagegen wurde von metallischen Giften mit Sicherheit Wismuth nachgewiesen. Letzteres wird bekanntlich — darauf machte auch der Chemiker in seinem Gutachten aufmerksam — gern mit Opiumpräparaten zusammen verschrieben. Weitere Nachforschungen in dem Orte, wo sich die natürliche Mutter zuletzt aufgehalten hatte, ergaben nun, dass derselben im Jahre 1895 von einem Arzte Pulver von je 0,5 Bismuth. subnitr. und 0,01 Morphium verschrieben worden waren. Die jetzt in den Anklagezustand Versetzte gab letzteren Umstand zu, behauptete aber, an dem Erkrankungstage des Kindes das Pulver selbst genommen zu haben. Es erfolgte jedoch die Verurteilung.

---

170) **Ausset.** Acuter Alkoholismus bei einem 2 monatlichen Säugling.

(L'Echo méd. 1899 No. 9. — Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 15.)

A. wurde als Consiliarius zu einem Säuglinge von 2 Monaten gerufen, der alle Symptome einer tuberculösen Meningitis darbot: Vorgewölbte Fontanelle, Temperatur um 39°, Nackensteifigkeit, vereinzelte Rasselgeräusche über den Lungen, ausserdem Diarrhoën. Die Diagnose wurde offen gelassen zwischen Meningitis und Grippe mit meningitischen Erscheinungen. Im weiteren Verlaufe kam es zu Erbrechen und Cheyne-

Digitized by Google

Stokes'schem Atmen. Das Kind wurde von einer Amme genährt; dieselbe musste plötzlich über ihrem Wunsch entlassen werden. Damit besserten sich die cephalischen Erscheinungen, der Atmungsrhythmus wurde normal, das Fieber verschwand, die Fontanellenwölbung ging zurück, kurz, das Kind genas vollkommen. Nachträglich erfuhr man, dass die Amme die Gewohnheit hatte, sich allabendlich zu betrinken.

A. ist der Ansicht, dass es sich bei dem Kinde um acuten Alkoholismus handelte. Die Diagnose wurde erschwert durch den Umstand, dass die Mutter des Kindes scrophulöse Narben am Halse und tuberculöse Erscheinungen von Seiten der Lungen darbot, und ausserdem schon ein Kind an tuberculöser Meningitis verloren hatte. —

Anschliessend an den Vortrag A.'s bemerkt Combemale, dass ihm ein ähnlicher Fall bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren vorgekommen sei, das ähnliche Erscheinungen darbot, wo aber die Mutter eingestand, dem Kinde „zur Stärkung“ grosse Mengen von Chinawein und Bier verabreicht zu haben. Nach Aussetzen der Alkoholica und Einführung einer strengen Milchdiät verschwanden die beunruhigenden Symptome.

---

171) **E. Périer.** Convulsions d'origine alcoolique chez un nourisson élevé au sein de sa mère.

(Annales de Méd. et Chir. infant. II, No. 14. — Neurolog. Centralblatt 1899 No. 7.)

Ein 5 Wochen altes, bisher völlig gesundes Kind, das teils an der Mutterbrust, teils durch sterilisierte Milch ernährt wurde, erkrankte plötzlich mit schweren, gehäuften Convulsionen, die nach 2 Tagen und nach Beschaffung einer Amme schwanden. Die Mutter pflegte zur Vermehrung ihrer Milchmengen grössere Quantitäten Alkohols zu sich zu nehmen. P. glaubt darin die Ursache der Krampfanfälle beim Kinde erblicken zu dürfen.

---

172) **N. P. Schepawalnikow.** Ein Fall von Chorea mollis.

(Dtjeskaja Medicina 1898 No. 6. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

Die Chorea mollis s. paralytica, nach den bei derselben auftretenden Lähmungserscheinungen einzelner Muskelgruppen benannt, ist eine relativ seltene Form der Chorea minor. Die Paresen und Paralysen können letzterer vorangehen, mit ihr gleichzeitig bestehen oder nach Aufhören der Zuckungen zurückbleiben. Die Kenntnis des Zustandes ist von grossem praktischen Werte, sie beugt groben Irrtümern vor. Die Prognose ist nämlich eine durchaus günstige und steht im Contraste zu den schweren klinischen Erscheinungen. Die Lähmungen zeichnen sich durch folgende Momente aus: die befallenen Muskeln sind schlaff, niemals sind Rigidität, Contracturen, Atrophie vorhanden, die electrische Erregbarkeit ist normal oder herabgesetzt, Sensibilitätsstörungen sind selten, die Sehnenreflexe meist herabgesetzt; beim aufmerksamen Beobachten kann man endlich in den gelähmten Muskeln oder in anderen Teilen des Körpers charakteristische Muskelzuckungen wahrnehmen.

S. beschreibt nun einen Fall dieser Affection bei einem 9 Jahre alten Mädchen, den er in der Gundobin'schen Klinik sah. Pat.

Digitized by Google

war erblich belastet (Vater Alkoholiker). Den Anstoss zur Chorea gab ein Gelenkrheumatismus, zu dem sich später Endocarditis hinzugesellte. Von Besonderheiten bei dem Falle wären zu nennen: kurzdauernde Lähmung des Palatum molle und eine Zeit lang bestehende vollständige Aphasie.

---

173) **M. Simmonds.** Ueber congenitale primäre Herzhypertrophie.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 4.)

Einen solchen Fall stellte S. in der Biolog. Abteilung des ärztl. Vereins zu Hamburg vor (25. X. 98).

Vor 2 Jahren beschrieb Hauser das Herz eines 11monatl. Säuglings, welcher nach Monate lang anhaltendem Keuchhusten gestorben war. Während sonst das Herz eines Kindes in jenem Alter im Durchschnitt 35 g wiegt, wog das Herz jenes Kindes über das Doppelte; als Ursache dieses „Cor bovinum" sah Hauser den langanhaltenden Husten an, der durch die heftigen, immer wiederkehrenden Muskelanstrengungen zu einer Hypertrophie beider Herzhälften geführt hatte. Virchow wies dann darauf hin, dass es auch eine congenitale Vergrösserung des Herzens gebe, an welche Möglichkeit man immer zu denken habe; 2 Bedingungen gäbe es, unter denen jene angeborene Herzhypertrophie beobachtet wurde, nämlich Klappenmissbildungen, die unter Umständen sich leicht der Erkenntnis entziehen können, und angeborenes quergestreiftes Myom des Herzens, das event. keine umschriebene Geschwulst bildet, sondern zu ausgedehnter Hypertrophie ganzer Ventrikel führt. Rheiner sah bei einem 3monatl. Kinde beträchtliche Herzvergrösserung (Gewicht 170 g); als Residuum fötaler Endocarditis fand sich am linken Herzen ein Diaphragma, welches zu Stenosierung und Insufficienz der Mitralis Anlass gab, und es ist daher nicht zu entscheiden, wie weit die Herzvergrösserung auf den Klappenfehler zu beziehen ist, wie weit sie auf eine von Rheiner vorausgesetzte embryonale Riesenwuchsbildung zurückzuführen ist. Dusch hat nie angeborene primäre Herzhypertrophie beobachtet und citiert nur Mayr, der eine allgemeine angeborene Herzvergrösserung neben Vergrösserung der Leber, Milz, Thyreoidea und Thymusdrüse fand, und Beneke, der 2mal bei totgeborenen Knaben ein Herzvolumen von 29 ccm antraf (also nicht viel über die Norm!). Henoch berichtet über 2 Fälle: Der erste betraf ein 3monatl. Kind, das an Dyspnoë und Bronchialkatarrhen gelitten hatte und plötzlich verschied; es fand sich neben Herzhypertrophie starke Vergrösserung der Thymusdrüse, welche beide Momente wohl in einem gewissen Zusammenhange standen. Der 2., einen 9jähr. Knaben betreffende Fall wird nur ganz kurz erwähnt.

Die Litteratur ist also nicht sehr reich, und es ist eigentlich kein einziger einwandsfreier Fall darunter, da stets eine Abnormität vorliegt, welche eine Deutung des Falles als reiner primärer Hypertrophie nicht zulässt. Anders bei dem Falle S.'s.

Das Kind stammte von gesunden Eltern, war völlig normal entwickelt und starb während der sehr protrahierten Entbindung. Alle Organe der Brust und Bauchhöhle zeigten mit Ausnahme des Herzens völlig normale Verhältnisse, und auch die mikroskopische Untersuchung der Nieren und einiger anderer Organe bestätigte

Digitized by Google

diese Annahme. Die grossen Gefässe, der Ductus Botalli, die Nabelgefässe, das Foramen ovale zeigten völlig normale Verhältnisse, und auch der Herzklappenapparat liess nicht die geringste Abnormität erkennen. Dagegen fiel sofort bei Eröffnung des Thorax die Grösse des breit zwischen den atelectatischen Lungen vorliegenden Herzens auf. Das Organ hatte eine Länge von $5\frac{1}{2}$ cm, eine Breite von 6 cm und einen Umfang von 14 cm an der Basis. Sein Volumen betrug 45 ccm, sein Gewicht nach Entleerung des Blutes 44 g, während sonst das Herzgewicht beim Neugeborenen nur 19—20 g erreicht. Die Hypertrophie der Muskulatur betraf ziemlich gleichmässig beide Ventrikel. Der rechte hatte eine Wanddicke von $\frac{3}{4}$—1 cm, der linke von 1—$1\frac{1}{4}$ cm, das Septum war $\frac{3}{4}$ cm breit; nirgends fanden sich Verhältnisse, welche auf geschwulstförmige Myombildung deuteten. Auffallend war allerdings die geringe Beteiligung der Papillarmuskeln an der Hypertrophie; sie waren nirgends breiter, als normal. Die mikroskopische Untersuchung des Herzfleisches ergab keine wesentlichen Anomalien.

Hier lag also wirklich primäre Herzhypertrophie vor. Aetiologisch kamen 2 Möglichkeiten in Betracht: entweder handelte es sich um diffuse Myombildung (dafür sprach die Nichtbeteiligung der Papillarmuskeln), oder doch durch unbekannte Circulationsstörungen verursachte Muskelhypertrophie; jene waren vielleicht nur in einer früheren Zeit des Embryonallebens vorhanden und fehlten zur Zeit der Geburt. Jedenfalls aber zeigt der Fall, dass Virchow mit Recht betont, man müsse bei Herzhypertrophie im Kindesalter an congenitale Bildungen denken.

---

174) **J. Langer.** Situs inversus totalis mit Vitium cordis bei einem 6 Monate alten Knaben.

(Aus der Kinderklinik in Prag.)

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 8.)

Anamnestisch liess sich feststellen, dass Pat. das 4. Kind einer derzeit mit hochgradiger Phthise schwer krank darniederliegenden 28jähr. Frau sei, dass der Knabe sofort nach der Geburt künstlich ernährt, beständig an Diarrhoë gelitten habe und in letzter Zeit auch stärker huste. Die Geburt des gut entwickelten Kindes war spontan erfolgt, bisher ist an demselben eine auffallende Blaufärbung nicht bemerkt worden.

Status praesens: Schlecht genährtes, mageres Kind. Haut schlaff, leicht in Falten abhebbar, an Füssen und Händen dunkelrot gefärbt, kühler; pustulöses Ekzem an den Nates. Muskulatur schlaff. Rhachitische Knochenveränderungen mittleren Grades an Kopf, Thorax, Epiphysen. Schädel mesocephal, Horizontalumfang desselben $35\frac{1}{2}$ cm, grosse Fontanelle über thalergross, leicht eingesunken. Haupthaar reichlich, bis 6 cm lang; eitriger Ausfluss aus beiden Ohren, Ekzem an und hinter den Ohrmuscheln. Die sichtbaren Schleimhäute stärker injiciert, auffallend dunkelrot die in der Mitte stark belegte Zunge. Thorax symmetrisch, gut gewölbt, in seinen unteren Partien erweitert, die Intercostalräume vertieft. Neben grossblasigem Schnurren über beiden Lungen vorn und hinten vesiculäres Atmen; über einem ca. taubeneigrossen Herde mit leichter Schallverkürzung in der rechten Scapulargegend abgeschwächtes, unausgesprochenes Atmen. Percussorisch zeigten sich die Lungengrenzen in von der Norm nicht wesentlich abweichenden Höhen; an gewohnter Stelle keine Herzdämpfung, diese findet sich an der rechten vorderen Thoraxseite in Form eines Ovals, welches mit seinem stumpferen Pole bis an die untere Kante der 6. Rippe, mit seinem oberen spitzen Pole in den 2. Intercostalraum reicht. Die Länge dieser Dämpfung beträgt 6, ihre grösste Breite 3 cm; nach innen und unten von ihr zeigt sich tympanitischer, nach aussen und oben heller Percussionsschall. Bei der Inspection der rechten vorderen Thoraxhälfte fällt die mächtige, wellenartig von innen nach aussen sich erhebende Hervorwölbung des 5. Intercostalraumes auf, und man fühlt mit der aufgelegten Hand selbe deutlich als schwirrende Erschütterung. Auscultatorisch zeigt sich an der Herzspitze und der Herzbasis ein starkes, beiderorts ziemlich gleich intensiv hörbares systolisches Schwirren und ein an Intensität schwächeres diastolisches Geräusch.

Digitized by Google

Am deutlichsten hörbar unterhalb der Mamilla pflanzen sich die beiden Geräusche allerdings mit abnehmender Intensität bis über das Sternum nach links hinüber fort und sie können in der Höhe der linken Mamilla noch gut diagnosticiert werden. Ueber beiden zweiten Intercostalräumen hört man neben den fortgeleiteten Herzgeräuschen, die sich auch am hinteren Thorax finden, reine Gefässtöne, wobei die linkerseits hörbaren auffallend stark accentuiert sind gegenüber den rechtsseitigen. Eine auscultatorische Untersuchung der grossen venösen und arteriellen Stämme erwies sich als undurchführbar. Radialpuls mittelkräftig, 120 Schläge in der Minute, beiderseits synchronisch. Milz und Leber lassen sich palpatorisch und percussorisch als invertiert gelagert einwandsfrei und leicht nachweisen.

Trotz sorgfältigster Pflege gelang es nicht, den Magendarmkatarrh irgendwie zu beeinflussen; bei allmähliger Zunahme des universellen Marasmus kam es zur Entwickelung einer ausgebreiteten Bronchitis, und während der sich häufenden Hustenanfälle wurde öfters allgemeine Cyanose gesehen, die beim Eintritt ruhiger Atmung jedoch bald wieder schwand. In zunehmendem Collapse erfolgte der Tod, ohne dass es zur Entwickelung von Compensationsstörungen von Seite des Herzens gekommen wäre, von dem in vivo zwar klar ward, dass es ein Vitium darbot, dessen Natur jedoch absolut nicht näher zu bestimmen war.

Die Section hatte (soweit es hier interessiert) folgendes Ergebnis: Nach Eröffnung der Körperhöhlen zeigte sich totaler Situs inversus. Die rechts gelegene Lunge hatte 2 Lappen, welche den 2 Lappen einer sonstigen linken Lunge correspondieren. Dabei war aber der Oberlappen durch 2 tief einschneidende, vom vorderen Rande her einsetzende secundäre Furchen in 3 ziemlich gleichgrosse Abschnitte, wenn auch unvollständig, zerlegt. An der Spitze dieser Lunge war ein haselnussgrosser Parenchym-Anteil durch eine tiefe Furche vom übrigen Oberlappen separiert, in welcher Furche eine die Arterie für die rechte obere Extremität enthaltende Pleuraduplikatur verlief. Die links gelegene Lunge hatte 3 Lobi wie sonst eine rechte; der oberste Teil ihres Unterlappens war durch eine seichte, quer verlaufende, secundäre Furche vom übrigen Unterlappen unvollständig abgetrennt. Das Herz wandte seine Spitze nach rechts und erschien in toto etwas grösser. Es besass einen einzigen Vorhof, in welchen die Pulmonalvenen der beiden Lungen, die Vena cava inferior, eine links gelegene Vena cava superior einmündeten. Jede Vena cava superior setzte sich zusammen aus einer Vena jug. comm. und einer Vena subclavia. Die linksseitige Vena cava super. nahm auch auf die links verlaufende Vena azygos und mittelbar durch diese die rechts verlaufende Vena hemiazygos. In den Vorhof inserierten auch die beiden Auriculae, welche beide an der rechten Seitenfläche des Vorhofs lagerten. Der ventriculäre Anteil des Herzens bestand aus einem dickwandigen, geräumigen, auch die Spitze des Herzens formierenden unteren Abschnitte und einem wie ein rudimentärer Ventrikel sich darstellenden oberen Abschnitte, der über und vor dem unteren Abschnitte lagerte. Am oberen Rande dieses oberen Abschnittes setzten sich die Aorta und die Arter. pulm. vom Herzen ab, erstere rechts vorn, die letztere links hinten gelagert. Die Höhle des unteren ventriculären Abschnitts communicierte durch ein geräumiges Ostium atrioventriculare, welches eine 4zipflige Klappe trug, mit dem Vorhofe. Aus diesem unteren ventriculären Abschnitte entsprangen auch knapp nebeneinander die Canäle der Aorta und Arter. pulmonal. Der rudimentäre obere ventriculäre Abschnitt hatte nur ein ganz kleines Cavum, welches sich in das Ursprungsostium der Aorta aus dem unteren ventriculären Abschnitte eröffnete, mit dem Vorhofe aber nicht in Verbindung stand. Die Aorta und die Arter. pulmon. hatten je 3 Semilunarklappen. Der Aortenbogen verlief über den rechten Bronchus nach hinten in das hintere Mediastinum, gab zuerst einen Truncus brachioceph. für die linke obere Extremität und die linke Hals-Kopfhälfte, dann eine Carotis comm. für die rechte Hals-Kopfhälfte und eine rechte Arter. subclavia für die rechte obere Extremität ab und nahm dann den fast ganz obliterierten Ductus arter. Botalli auf. Der Ramus laryng. recurrens des rechtsseitigen Vagus verlief um den Aortenbogen, der des linksseitigen um die Arter. subclavia der linken oberen Extremität. Die Arter. pulm. teilte sich in einen rechtsseitigen und linksseitigen Ast. Die Leber lagerte im linken Hypochondrium und hatte die gewöhnlichen Lappen. Die Milz befand sich im rechten Hypochondrium und trug an ihrer medialen Fläche einen fast 3 cm langen, 1 cm dicken zapfenförmigen Fortsatz. Der Magen lagerte mit seiner Pars cardiaca rechts, mit seiner Pars pylorica links. Die Bursa omentalis war durch das gewöhnlich weite Foramen Winslowii von links her zugänglich. Das Pancreas lagerte mit seinem Kopfe links, mit seinem Schweife rechts. Der Proc. duodenojeunalis befand sich rechts

Digitized by Google

von der Mittellinie und sah nach rechts. Das Coecum und Colon ascendens befanden sich auf der linken Seite des Unterleibes, das Colon descendens und die Flexura sigmoidea auf der rechten Seite. Der rechte Hoden hatte ein etwas kürzeres Vas deferens als der linke Hoden. Die rechts gelegene Nebenniere hatte die Form einer sonstigen linken Nebenniere, und die links gelegene die einer sonstigen rechten. Halsorgane, Thymus, Oesophagus, Harnblase, Rectum zeigten gewöhnliche Lagerung. Dagegen war noch zu constatieren chron. Tuberculose in den Lymphdrüsen um die Bronchialstämme, in den Lymphdrüsen des vorderen Mediastinums, in einzelnen tiefen Halslymphdrüsen und in einzelnen Lymphdrüsen des Mesenteriums des Dünndarms mit Vergrösserung und Verkäsung der Drüsen, ferner zerstreute Entwickelung von bis hanfkorngrossen käsigen Tuberkelknötchen in beiden Lungen.

Dieser pathologisch-anatomische Befund erklärt die klinischen Symptome. Als Ursache des schwirrenden systol. Geräusches muss man die Blutwirbel ansehen, die an den knapp nebeneinander befindlichen Abgangsstellen der Aorta und Arter. pulmonal. entstanden; das diastol. Herzgeräusch dürfte sein Entstehen der Füllung des durch eine enge Oeffnung mit dem Ventrikel verbundenen, rudimentären Appendix verdanken. Der anatomisch normal befundene Klappenapparat lässt eine Mitbeteiligung am Zustandekommen der Geräusche wohl mit Recht ausschliessen. Die Circulationsverhältnisse waren folgende: Ein rein arterielles Blut fand sich blos in den Venae pulmonales, während das ganze arterielle Gefässsystem mit gemischtem Blute gespeist wurde; der kleine Kreislauf war insofern abnorm, als an Stelle eines rein venösen Blutes in den Arter. pulmonales ein gemischtes circulierte. Der grosse venöse Kreislauf beförderte das venöse Blut in den gemeinsamen Vorhof, wo die Mischung mit dem aus den Lungen kommenden arteriellen Blute der Venae pulmonales beständig stattfand. Die so geschaffene abnorme Ernährung der einzelnen Organe mit gemischtem Blute an Stelle eines rein arteriellen konnte für die Dauer nicht folgenfrei bleiben; diese machten sich bei dem bei der Geburt normal entwickelten Kinde um so früher geltend, als an Stelle der Mutterbrust die künstliche Ernährung trat. Die Katarrhe des Magen- und Darmcanals trotzten jeder Behandlung, und mit der Entwickelung eines hochgradigen Marasmus war ein Circulus vitiosus geschaffen. Wenn auch erfahrungsgemäss Individuen mit gemischtem Blute jahrelang beschwerden- und symptomenfrei zu existieren vermochten, so ist andererseits auch wieder bekannt, dass derartige Individuen infolge der allgemeinen Adynamie oft scheinbar geringen Lungen- oder Magendarmaffectionen in kürzester Zeit erliegen, ohne dass Compensationserscheinungen von Seite des Herzens zur Entwickelung gelangen. Die Versorgung der Lunge mit gemischtem Blute statt eines rein venösen scheint mit Berücksichtigung des pathol. Befundes keine besonderen Vorteile geboten zu haben. Die geringe Cyanose erklärt sich daraus, das eben nicht die Circulation eines gemischten Blutes, sondern erst das Auftreten von venösen Stauungen sie hervorruft, zu welchen es vorübergehend beim Schreien, Husten, dauernd bei Zunahme der Schädigung des Herzmuskels, bei Einschaltungen von Widerständen im kleinen Kreislauf kommt, was nach beiden Richtungen im obigen Falle zum Ausdruck gelangte.

Digitized by Google

II. Kleine Mitteilungen und Notizen.

73) **Eigenartige Lokalisation des Primäraffects durch Ansteckung von einem hereditär-syphilitischen Säugling aus** fand Dr. H. Rosenthal (Rixdorf) bei einem 14 jähr. Mädchen, welches sich mit der Pflege ihres Bruders befasste. Letzterer, 6 Wochen alt, war behaftet mit einem luetischen, aus Papeln, Flecken und Pusteln bestehenden Exanthem, ausserdem mit Coryza, Milz- und Leberschwellung. Bei der Schwester bemerkte man an der hinteren Rachenwand, links von der Mittellinie, einen etwa pfennig-grossen Epitheldefect, der sich durch haarscharfe Abgrenzung und intensive Rötung von der Umgebung abhob; sonstige Erscheinungen zeigte die Pat., die bisher beschwerdefrei war, nicht. Erst 7 Wochen später stellte sie sich wieder vor, und zwar jetzt mit einem die rechte Tonsille einnehmenden Geschwür, mit brettharter Infiltration der rechten Halsregion, mit kleinfleckigen Roseolen; der Primäraffect war abgeheilt. Auf Schmierkur verschwanden alle Symptome. R. glaubt, dass die Infection dadurch zustande gekommen sei, dass Pat. behufs Temperaturprüfung den Saugpfropfen der mit Milch gefüllten Flasche des Säuglings in ihren Mund genommen hatte.
(Dermatolog. Zeitschrift Bd. V Heft 6.)

74) **Einen Fall von anscheinend erblicher Urticaria** beobachtete Pudor (Portland). Eine 24 jähr. Dame litt seit ihrer Kindheit an Nesselfieber, das sich gewöhnlich im Herbst einstellte und etwa 3 Monate dauerte. Die Mutter der Pat. hat gleichfalls fast ihr ganzes Leben lang darin gelitten, 3 Schwestern und 1 Bruder sind damit behaftet und desgleichen die 2 Kinder der einen Schwester, ein Knabe und ein Mädchen, 4 resp. 8 Jahre alt.
(Dermatolog. Centralblatt 1899 Nr. 5.)

75) **Aeusserliche Anwendung des Ricinusöls** empfiehlt Beloll. Durch Einreiben des erwärmten Oels in die Bauchdecken sah er bei Kindern, die an acuter oder chronischer Obstipation litten, besseren Erfolg, als bei Applikation per os.
(New York. med. Journ. October 1898. — Münch. medic. Wochenschrift 1899 Nr. 13.)

76) **Einen Fall von congenitalem Mangel beider Schlüsselbeine** beschreibt Schorstein und illustriert ihn auch röntographisch. Das Kind stammte aus gesunder Familie, war 13 Jahre alt, weiblich, die grosse Fontanelle soll erst mit 9 Jahren geschlossen gewesen sein. Die Schultern hingen etwas herab, es führt eine continuierliche Fläche ohne Abgrenzung der Schlüsselbeingruben an der Vorderseite des Körpers herunter. Die äusseren 2 Drittel der Clavicula fehlen, das innere Drittel scheint vorhanden zu sein, es ist jedoch nicht verknöchert und auf dem Sciagramm nicht zu sehen. — Carpenter berichtet ebenfalls über einen Fall von Fehlen der Schlüsselbeine, der besonders dadurch interessant ist, dass sich bei noch 5 Mitgliedern derselben Familie Deformitäten der Schlüsselbeine vorfanden.
(Lancet, 7. Januar 1899. — Berliner klin. Wochenschr. 1899 Nr. 9.)

77) **Die Sonnenburg'sche Operation bei Blasenectopie** ist von Estor bei einem kleinen Mädchen mit Erfolg gemacht worden. Sie besteht bekanntlich in Exstirpation der Blasenschleimhaut und Einpflanzung der Ureteren in die Haut. Der Urin wird in einem passenden Urinal leicht aufgefangen. Estor rühmt dem Verfahren nach, dass es leicht und ungefährlich ist und die Bildung von Ulcerationen und Steinen verhindert.
(Nouveau Montpelier med. T. VIII No. 2, 1899. — Ibidem.)

78) **Die Behandlung der echten Conjunctivaldiphtherie** leitet Tamachef folgendermassen: Er reinigt die umgestülpten Lider und dann den Bindehautsack, mit Formalin (0,1—0,5: 200,0) auswaschend, ohne die Beläge zu berühren (die Lidränder werden besonders sorgfältig mit kleinen in Formalin getauchten Wattebäuschchen abgerieben); darauf bestreut er die ganze Oberfläche der Bindehaut und Uebergangsfalte mit sehr fein zerteiltem Jodoform, bringt die Lider wieder zurück und verbindet das Auge für 24 Stunden, nach welcher Zeit die Procedur immer von neuem vorgenommen wird. So erzielte T. stets rasche Heilung; nach längstens 6 Tagen war dieselbe immer so weit vorgeschritten, dass nur noch katarrhalische Erscheinungen sichtbar waren. Die Cornea blieb in allen Fällen intakt und durchsichtig. Diese Therepie (ausser der lokalen wurde noch 2—4 tägl. 0,3—0,5 Chinin gegeben) bewährte sich blos bei Conjunctivaldiphtherie, bei anderen Porcessen an der Conjunctiva blieb sie ohne jeden Erfolg.
(Centralblatt f. Augenheilkd. Decemb. 1898.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

// Centralblatt für
Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. August 1899.** No. 8.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

6) Zur Frage der Säuglingsversorgung in Städten.

Von

Prof. **E. Hagenbach-Burckhardt**

in Basel.

Um eine geringere Morbidität und Mortalität der grossen Zahl ungenügend versorgter Säuglinge zu erzielen, bestehen sehr verschiedene, weitauseinandergehende Anschauungen und Bestrebungen und dementsprechend auch sehr verschiedene Einrichtungen: Einzelpflege (Aussenpflege), Findelhäuser, Krippen für die Gesunden und Halbgesunden, Spitäler (i. sp. Säuglingsspitäler) für die Kranken. In den verschiedenen Kulturstaaten Deutschland, Frankreich, England,

Digitized by Google

Oesterreich und Italien ist dieser Gegenstand im laufenden Jahrhundert viel discutiert worden, aber wie verschieden sind da die Mittel, um zu demselben Ziele zu gelangen!

Pflege zu Hause ist zunächst einmal für Uneheliche meist nicht möglich; das nächstliegende, primitivste Vorgehen ist für solche Mütter, dass sie ihre Kinder einer beliebigen Bekannten gegen geringes Entgelt übergeben. Diese privaten Säuglingsverpflegungsstellen, sofern sie nicht überwacht sind in irgend einer Weise, sind schon längst von sachverständiger Seite gerichtet; — Gardeuses in Frankreich, Ziehmütter oder Engelmacherinnen im deutschen Volksmund sind Bezeichnungen für solche Pflegerinnen. Zunächst ist da von einer natürlichen Ernährung nicht die Rede und kommt dann noch, wie dies meistens der Fall ist, eine unreinliche, verständnislose Pflege hinzu, so ist das Resultat nur zu begreiflich. — Aber auch eheliche Kinder von armen Eltern, die der Arbeit nachgehen müssen, verfallen in gar vielen Fällen demselben Schicksal; auch sie müssen in diese meist verhängnissvolle Aussenpflege gegeben werden; auch sie beeinflussen die allgemeine Säuglingsterblichkeit in höchst ungünstiger Weise.

Es ist begreiflich, dass von Seiten der Sachverständigen diesen Pflegerinnen eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde; um da günstigere Resultate zu erzielen, sind verschiedene Wege mit mehr oder weniger gutem Erfolg eingeschlagen worden.

In den meisten Orten gehören solche Pflegerinnen zu der bedürftigsten Volksklasse, sie müssen vorlieb nehmen mit einem geringen Kostgeld und damit hängt zusammen, dass die Wohnung ungenügend, für einen Säugling gesundheitsgefährlich ist, dass die Nahrung wenig kosten darf und in der ganzen Art der Verabreichung unzweckmässig ist. Unter solchen Umständen wundert man sich nicht, dass eine auch nur halbwegs besorgte Mutter Grund genug hat, ihr Kind einem Pflegewechsel ein oder mehrere Male auszusetzen, ohne leider dadurch für das Kind ein besseres Los zu erzielen.

Eine Ueberwachung solcher Pflegerinnen kann geschehen durch private Vereine, mit oder ohne Unterstützung der Behörden. — Es können die Ortsbehörde, die Polizei die Erlaubnis, Kostkinder zu halten, von gewissen Bestimmungen abhängig machen; diese Frauen können der Beaufsichtigung durch Aerzte unterstellt werden, oder ein poliklinisches Institut übernimmt Verpflichtung in dieser Richtung [1]).

Gewiss sind an vielen Orten auf solchen Wegen bedeutende und recht erfreuliche Aenderungen zum besten der betreffenden Kinder erzielt worden, namentlich da, wo mit der Ueberwachung eine reichliche finanzielle Unterstützung Hand in Hand gehen konnte. — Bessere Bezahlung, also höhere Kostgelder an die Pflegemütter, menschenwürdigere Wohnungen, rationelle Ernährung sind die anzustrebenden Verbesserungen. — Den höchsten Grad von Vollkommenheit hat wohl die Aussenpflege in Paris erreicht, wo Bäuerinnen, die ihre eigenen Kinder entwöhnt haben, Kinder aufs Land in ihre Pflege nehmen und dieselben weiter stillen.

In vielen Staaten haben sich dann seit langer Zeit die Behörden dieser unversorgten Säuglinge angenommen durch die Errichtung von

[1]) Kluge, Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. F. XVI, H. 1.


Digitized by Google

Findelhäusern. Ueber die grossen Schattenseiten dieser Anstalten früherer Zeit hat die heutige Generation sich gründlich ausgesprochen; darum möchte ich hier bloss erwähnen, dass gegenwärtig das Streben allgemein dahin geht, die stillenden Mütter mit den Kindern zusammen in Asylen und Anstalten aufzunehmen. In der Anstalt z. B., über die Szalárdi [1]) berichtet, kam während 12 Jahren nur einmal eine schwerere Gastroenteritisepidemie vor und hervorzuheben ist, dass die Sterblichkeit in diesem Landesfindelhaus in Budapest bloss 14—17 % betrug bei einer Säuglingssterblichkeit von 20 % in derselben Stadt. — In seinen Bestrebungen wird dieses Findelhaus auf das Wirksamste unterstützt durch den Landesfindelhausverein „Weisses Kreuz". — Dass mit diesem äusserst rationellen Vorgehen auch gute Resultate erzielt werden, liegt wohl für jedermann auf der Hand; denn gesunde Kinder werden von Anfang an unter richtiger Leitung natürlich ernährt.

Sehr weit abweichend von dieser Versorgung der armen Säuglinge in Oesterreich ist diejenige in Berlin, wo eingestandenermassen für die noch gesunden Säuglinge bis dahin nur wenig gethan worden ist, und wenn man sich dort gegenwärtig auch lebhaft mit der Säuglingsversorgung beschäftigt, so sind es vor allem die kranken Säuglinge, für welche besondere Spitäler in Aussicht genommen werden, die schon wegen der Kosten, welche die äusserst umständliche Pflege verlangt, Bedenken erregen müssen. Freilich hofft man nach neuesten Auseinandersetzungen, [2]) was allerdings bis jetzt nur in geringem Grade erreicht wurde, dass auch mit kleinen Mitteln ohne oder mit Ammen vortreffliche Ergebnisse erzielt werden, wenn es gelingt, durch ausreichende hygienische Einrichtung Neuerkrankungen der Kinder im Spital zu verhüten.

Wenn wir die Bestrebungen in Deutschland zu Gunsten der unversorgten Säuglinge uns vor Augen führen, so sehen wir als Resultate derselben die verbesserte Aussenpflege, die verbesserten Findelhäuser, die Anregung zur Errichtung zweckentsprechender Säuglingsspitäler, aber in auffallender Weise wieder nur im Vorbeigehen oder in abschätziger Weise Institute erwähnt, die nach meiner Meinung und namentlich auch nach dem Urteil maassgebender Persönlichkeiten in anderen Ländern und dies in erster Linie in Frankreich hier nicht dürfen nebensächlich beurteilt werden. Ich meine die Krippen, die ja in Deutschland schon längst bekannt, aber vielerorts in ihrer Nützlichkeit verkannt sind. So sehr die Vervollkommnung in der Pflege kranker Säuglinge in den Spitälern zu begrüssen ist, namentlich wenn die grossen Kosten durch die nötige minutiöse Pflege der praktischen Durchführung nicht im Wege stehen und wenn wirklich günstige Erfolge erzielt werden können, so müssen Institute, welche gesunde Säuglinge zu einer gedeihlichen Weiterentwicklung zu bringen im Stande sind, von höherer Bedeutung sein für Aerzte und Hygieniker, überhaupt für jedermann, der um das Wohl dieser Kleinen besorgt ist. — Die Thätigkeit in solchen Anstalten muss für alle Beteiligten eine sympathischere sein und das Interesse um so höher, als

---

[1]) Die Sterblichkeit in den Säuglingsspitälern, Jahrb. f. Kinderh. XLIX, H. 1.
[2]) Finkelstein, Zeitschr. für Hygiene. 29. Jahrg. Heft 1.

Digitized by Google

es sich da darum handelt, Gesunde bei guten Kräften zu erhalten und nicht Kranke notdürftig herauszupäppeln.

Die Krippen sollen durchaus nicht etwa an Stelle rationeller Einzelpflege treten, sie wollen auch nicht Einrichtungen, wie etwa das Kinderheim zu Gräbschen-Breslau, oder Findelhäuser, wie das oben genannte in Budapest zu verdrängen suchen. Auch die Säuglingsspitäler haben gewiss ihre Existenzberechtigung im Sinne Heubners; doch werden gutgeführte Krippen deren Zahl einzuschränken im Stande sein.

Diese Zeilen gehen nur darauf hinaus zu zeigen, dass auch in Deutschland das Institut der gut eingerichteten und gut geleiteten Krippe bei der Frage der Säuglingsversorgung nach unserer Meinung ernstliche Berücksichtigung verdient. — Ich habe mich vor einiger Zeit in einer kleinen Schrift: Die Krippen und ihre hygienische Bedeutung, Jena 1899, des Näheren über diesen Gegenstand ausgesprochen und möchte an dieser Stelle in Kürze und mit Beibringen weiterer Belege, die für den grossen Nutzen solcher Anstalten sprechen, eine Beschreibung einer hygienisch und social günstig wirkenden Krippe, die sich stützt auf dreissigjährige eigene Erfahrung, folgen lassen.

Das Bedürfnis nach Anstalten, wo Kinder in den ersten Jahren zur Pflege aufgenommen werden, um den Eltern, die der Arbeit nachgehen müssen, die Besorgung abzunehmen, war schon im Beginn dieses Jahrhunderts auch in Deutschland vorhanden. Die erste Krippe in Deutschland wurde durch die Fürstin Pauline von Lippe-Detmold im Jahre 1802 errichtet; doch kamen solche Anstalten im Deutschen Reich nicht zu derselben Entwicklung, wie z. B. in Wien, in den Vereinigten Staaten, Italien und namentlich in Frankreich. Wenn auch bekanntermaassen an manchen Orten Deutschlands Krippen bestehen und in grösseren Städten sogar mehrere, so haben sich diese Institute weder beim Publikum, noch bei den Aerzten derjenigen Popularität zu erfreuen, wie sie nach unserer Erfahrung sie verdienen und wie dies in Frankreich der Fall ist. Im Gegenteil manche Krippe ist im Laufe der Zeit wieder eingegangen und namentlich deshalb, weil die erreichten Resultate sehr wenig befriedigende waren. So hat E. Pfeiffer[1]) über die Krippen ein geradezu vernichtendes Urteil abgegeben an Hand seiner Erfahrungen in einer Krippe in Wiesbaden. Immerhin hat sich die Meinung über die Krippen, wohl mit Verbesserungen derselben in Deutschland bedeutend günstiger gestaltet; dies geht aus folgendem Resumé hervor, das Neumann in seinem verdienstvollen Werke über Kinderschutz über die Krippen abgibt. „So wenig wir geneigt sind, sagt er, die Thatsache zu verdunkeln, dass ein Teil der bestehenden Krippen den hygienischen Forderungen nicht in allen Punkten entspricht, ebensowenig kann man verkennen, dass unter voller Berücksichtigung aller Regeln der Gesundheitspflege die Krippe nicht nur in der Lage ist, das ihr anvertraute Kind ebenso gesund zu erhalten, wie es ausserhalb in gegebenen Fällen möglich wäre, sondern noch weit darüber hinaus den Gesundheitszustand zu heben. Wir begegnen in den besser geleiteten Krippen ganz gewöhnlich der Beobachtung, dass sich das Allgemeinbefinden des Kindes

---

[1]) Ueber Pflegekinder und Säuglingskrippen. Wiesbaden 1884.

Digitized by Google

während der Pflege sichtlich verbesserte.“ Sehr erfreulich ist, dass auch auf der Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrts-Einrichtungen im Mai 1899 in Stuttgart von Obermedicinalrat Dr. Hauser in seinem Referat unter den Mitteln zur Erreichung einer richtigen Fürsorge für Säuglinge unbemittelter Volksklassen gut überwachte und gut geleitete Krippen aufgeführt sind. Ausdrücklich wird da hervorgehoben, dass dieselben in erweitertem Umfang anzustreben seien.

Nach unseren Nachforschungen über das Krippenwesen in Deutschland sind die Verhältnisse so, dass die meisten der dort bestehenden Krippen noch sehr verbesserungsfähig sind und nur wenige als Musteranstalten bezeichnet werden dürfen. Daraus erklärt sich auch, dass die meisten Berliner Aerzte, Heubner obenan, dem Krippenwesen sehr wenig zugethan sind. Heubner sagt, gestützt auf seine täglichen Erfahrungen, dass das faktische Bedürfnis der Unterbringung von obdachlosen Säuglingen in den grossen Städten und insbesondere in Berlin ein schreiendes sei; doch bei der grossen Abneigung den Krippen gegenüber werden diese Institute als Mittel zur Abhilfe in einer darauf bezüglichen Discussion in der Berliner medic. Gesellschaft [1]) nur im Vorbeigehen erwähnt. Dass in der That die Krippen daselbst sehr wenig Ansehen geniessen, geht mit Evidenz daraus hervor, dass ich für diese Weltstadt bloss von der Existenz von fünf Krippen Kenntnis erhalten habe.

Ganz anders, geradezu entgegengesetzt zeigt sich die Entwicklung des Krippenwesens in Frankreich und speciell in Paris. Während Berlin im Jahre 1896 nach unserer Ermittlung wie gesagt bloss fünf Krippen zählte, belief sich die Zahl der Krippen im Jahre 1895 in Paris auf 87 mit 2925 Plätzen und mehr als 570 000 Verpflegungstagen im Jahre und wie rasch sich die Krippen in Paris sowohl, als in Frankreich vermehrt haben, zeigt sich daran, dass in den Jahren 1878—95 die Zahl der Krippen im Seinedepartement sich mehr als verdoppelt und in ganz Frankreich in derselben Zeit sich verdreifacht hat.

Wie wir von Deutschland wissen, dass dort bald bloss private Vereine, bald Behörden, bald Polikliniken sich der unversorgten Säuglinge annehmen, so sehen wir auch in Frankreich das Krippenwesen hervorgehen zunächst aus privater Initiative; doch bereits im Jahre 1846 hatte sich ein Krippenverein gebildet, der solche Unternehmungen bei ihrer Gründung finanziell und moralisch unterstützte. Später hat eine Einmischung und Controle der staatlichen Behörden nach den verschiedensten Richtungen stattgefunden. Die Krippen waren verpflichtet, jährliche Berichte an das Ministerium des Innern einzuschicken; es werden sogar diejenigen Krippen, die nur über geringe Mittel verfügen, vom Staate subventioniert. Wie auf vielen ähnlichen Gebieten in Paris ist auch hier nicht bloss die private, sondern auch die staatliche Wohlthätigkeit ausgezeichnet geregelt und darf mancher anderen Stadt zum Muster dienen.

Nächst Frankreich bestehen am meisten Krippen wohl noch in Oesterreich, in den Vereinigten Staaten und vielleicht in der Schweiz.

In den meisten Ländern sind, wie gesagt, die Krippen aus Privat-

---

[1]) Berl. kl. Wochenschr. 1897. p. 508.


Digitized by Google

initiative hervorgegangen, entweder so, dass ein Verein oder auch eine einzelne Person eine Krippe ins Leben gerufen hat und dieselbe mit Privatmitteln weiter führt, oder es haben sich Gesellschaften gebildet, die sich der Entwicklung von Krippen in einer grösseren Stadt angenommen haben; andere sind Zweige grösserer gemeinnütziger Unternehmungen, wie diejenigen des badischen Frauenvereins und wieder andere sind gegründet durch industrielle Etablissemente.

Woraus erklärt sich die so verschiedenartige Auffassung des Krippenwesens in Frankreich und in Deutschland? Es ist kein Zweifel, dass die Krippen in ihrer ursprünglichen Gestalt weder in Frankreich, noch in Deutschland als durchaus empfehlenswerte Institute dürfen betrachtet werden. Wo die Krippen, und das ist in beiden Ländern noch vielfach der Fall, in Bezug auf Ernährung, Lüftung, Reinlichkeit etc. auf dem primitiven Standpunkt stehen geblieben sind, da verdienen sie auch nicht als hygienische Einrichtungen berücksichtigt zu werden. Wer aber die Entwicklung des Krippenwesens genauer verfolgt hat, der musste sich überzeugen, dass Behörden und Krippenvorstände in Frankreich vielfach bemüht waren, die Anstalten den modernen Anforderungen anzupassen und auf einen Grad von Vollkommenheit zu bringen, der Garantie bietet für eine wirklich nützliche, segenbringende Thätigkeit. Darunter ist aber in erster Linie zu verstehen, dass die Mortalität und Morbidität der Krippenkinder sich günstig gestalte. Es sollen nach beiden Richtungen die Verhältnisse in der Krippe günstiger sein, als in der Pflege zu Hause oder bei Wartefrauen u. dgl. Ich habe es mir angelegen sein lassen, aus den vielen Krippenberichten, namentlich in Frankreich mir ein Urteil zu bilden über die Mortalitätsverhältnisse der besser geführten Krippen und konnte mich dabei überzeugen, dass auch für das erste Kindesalter und selbst in Krippen, die nicht einmal allen Anforderungen der Hygiene genügen, die Sterblichkeit geringer ist, als diejenige der entsprechenden Stadt. In meiner Schrift über die Krippen habe ich einige statistische Belege hiefür mitgeteilt. Es ist selbstverständlich, dass Mortalitätsstatistiken aus Krippen mit einiger Reserve entgegenzunehmen sind; denn es braucht eine ganz besondere Mühe und Sorgfalt, um nachträglich noch die Todesfälle von früheren Krippenkindern vollständig zur Kenntnis zu bringen.[1]) Als Ergänzung zu den in meiner Schrift mitgeteilten Zahlen möchte ich hier bloss noch aus der sehr sorgfältig gehaltenen Krippe Sainte Philomène in Paris, über die Dr. Beluze eine kritische Studie veröffentlicht hat,[2]) berichten, dass daselbst laut genauen Nachforschungen die Mortalität sich auf circa 10 % belaufen hat. Dann erwähne ich hier noch, dass die Krippe zu St. Peter in Basel auf meinen Wunsch hin, die Mortalität der einzelnen Krippen im Interesse der Sache kennen zu lernen, sich der Mühe unterzogen hat, für das Jahr 1898 den Sterbefällen nachzugehen und in ihrem gedruckten Jahresbericht zu folgenden gewiss recht erfreulichen Resultaten kommt:

---

[1]) Trotzdem glaube ich, dass es möglich ist in Krippen, wo für jedes Kind und sein Wohlergehen ein reges Interesse besteht auch nach seinem Austritt, derartige Statistiken aufzustellen.

[2]) Une crêche à Paris 1890—97.


Digitized by Google

Von 23 Kindern unter $^1/_2$ Jahr starben	2 = 8,7 %
„ 15 „ bis 1 „ „	1 = 6,6 %
„ 34 „ „ 1—3 „ „	0 = 0,0 %

Die Todesursachen waren bei den zwei Kindern unter $^1/_2$ Jahr (Zwillinge) Darmkrankheiten, bei einem Kind zwischen $^1/_2$ und 1 Jahr Lungenentzündung. Da die Säuglingssterblichkeit (Mortalität unter einem Jahr) laut den statistischen Mitteilungen des Kantons Baselstadt für den Zeitraum von 1889—95 16 % ausmacht, so darf das Resultat dieser Krippe als ein sehr günstiges hervorgehoben werden: bei den Krippenkindern nur halb so viel Todesfälle als im Kanton.

Auch in derjenigen Krippe in Basel, die ich seit vielen Jahren als Arzt besuche, sind bei sachgemässer Pflege ohne bedeutende Kosten sehr günstige Resultate bei den anvertrauten Säuglingen erzielt worden; auch darüber sind nähere Angaben in meiner Schrift zu finden.

Aber nicht bloss als hygienisch günstig wirkende Institute möchte ich die modern eingerichteten Krippen hinstellen. Durch dieselben wird die Mutter nicht nur in den Stand gesetzt, beim Verdienen für die Haushaltung mitzuhelfen, diese Einrichtung hält auch die so notwendige Verbindung von Mutter und Kind aufrecht; bloss zur Zeit der Arbeit muss eine vorübergehende Trennung stattfinden. Also auch vom moralischen Standpunkte aus muss der Krippe gegenüber den Findelhäusern und der wenn auch noch so gut controlierten Einzelpflege der Vorrang eingeräumt werden. Die Krippen sind nicht nur an und für sich als nützliche Institute zu betrachten, sondern auch deshalb, dass sie vernünftigere Grundsätze über Ernährung und Pflege der Säuglinge verbreiten und eine grosse Anzahl von Vorurteilen, abergläubischer Anschauungen, die tief eingewurzelt sind, allmählich ausrotten helfen.

Und was bei dieser ganzen Frage wesentlich in Betracht kommt, diese günstigen Resultate können erlangt werden mit bescheidenen finanziellen Mitteln; das geht aus den Krippenrechnungen hervor, die ich a. a. O. näher mitgeteilt habe.

Welche Anforderungen müssen an Krippen gestellt werden, damit sie die erwähnten guten Resultate zeitigen? Mit dieser Frage beschäftigen sich die Aerzte in Frankreich angelegentlich und was nach der Ansicht solcher Sachverständiger und nach meinen eigenen, langjährigen unausgesetzten Beobachtungen nötig ist für eine Krippe, damit sie als sanitarisch nützliches Institut wirken kann, möchte ich hier in Kürze auseinandersetzen.

Was zunächst die äussere Anlage betrifft, so muss die Krippe sich in einem gesunden Stadtteil befinden, aber auch wieder nicht zu weit weg von dem benutzenden Publikum, um demselben weite Gänge zu ersparen, was besonders in der kalten Winterszeit von Bedeutung ist. Eine gedeckte Veranda am Hause und wenigstens ein kleiner freier Platz unter Bäumen muss den Kindern den Aufenthalt im Freien so viel als möglich gestatten. Das Haus selbst soll nur mässige Dimensionen haben; grosse Gebäude mit mehreren Stockwerken und mit vielen Zimmern sind für Krippen ganz ungeeignet. Wo es sich immer machen lässt, sollen kleine Gebäude zum Zwecke der Beherbergung von Krippen eigens errichtet werden; es ist dies

Digitized by Google

dem Beziehen einer beliebigen Mietswohnung begreiflicherweise weit vorzuziehen. Ueber 25 Kinder sollte keine Krippe beherbergen. Eine grössere Anzahl von Krippen mit einer beschränkten Kinderzahl in einer grösseren Stadt verteilt verdient entschieden den Vorzug vor einer grossen Anstalt. Diese beschränkte Zahl von Krippenkindern erscheint wegen eventuell auftretender Epidemien von Masern, Keuchhusten, epidemischen Darmkatarrhen etc. in den Anstalten als notwendig. — Die Krippenlokalitäten befinden sich am besten ebener Erde und zwar genügen zwei grössere Säle mit dem nötigen Luftmaass für jedes Kind — in Paris sind acht Kubikmeter vorgeschrieben — bei einer ungefähren täglichen Frequenz von 25 Kindern. Die Kinder werden am besten in den beiden Sälen nach dem Alter verteilt: die Kinder im Säuglingsalter in dem einen und die ein- bis zweijährigen, die sich frei herumbewegen können, in dem grösseren Saale, welcher einen Ausgang auf die Veranda und von da ins Freie gewährt. Von der grössten Wichtigkeit für den Betrieb ist natürlich eine gute geruchlose Abtritteinrichtung mit gehöriger Spülung, dann reichlicher Wasserzufluss und bequeme Badeeinrichtungen. Ferner müssen Räume da sein für Kästen, worin die Kleider der Kinder, die sie hereinbringen, aufbewahrt werden während des Tages. In einer hygienisch eingerichteten Krippe muss jedes Kind täglich sogleich gebadet werden; wenn die Bäder aber nicht bequem eingerichtet sind und die Wasserzuflüsse nicht reichlich, wird diese conditio sine qua non schwer durchführbar.

Es ist dann ferner bei der Anlage der Krippensäle darauf zu sehen, dass dieselben leicht und gründlich gewaschen und desinficiert werden können. Da gelten also ähnliche Vorschriften wie für den Spitalbau; ebenfalls Vermeiden von Vorhängen an den Betten und bloss die nötigsten an den Fenstern. Wenn heute noch Krippen errichtet werden oder noch von früher her weiter bestehen, die diesen Anforderungen nicht nachkommen, so muss dies ebenso gut als ein Fehler bezeichnet werden, wie das Bestehen von Schulen, Findelhäusern, Spitälern nach alter Väterweise. Der einzige Unterschied zwischen Krippen und diesen genannten Anstalten besteht, was das hygienische Verhalten betrifft, meiner Ansicht nach darin, dass die Krippe leider bedeutend hinterdrein hinkt und dies hat die Folge, dass sie in ihren Ansehen bei den Aerzten und den Laien weit unter die anderen Anstalten gestellt wird. Selbst in Frankreich und speciell in Paris, wo die Entwicklung am weitesten gediehen ist, sind nur wenige Krippen als eigentliche Musteranstalten zu bezeichnen.

Ein weiterer wichtiger Punkt für ein gedeihliches Wirken in unseren Anstalten ist die Auswahl der Kinder. Es liegt im Charakter dieser Anstalten, dass sie Kinder in demjenigen Alter aufnehmen, in welchem sie in Kinderbewahranstalten (Asili infantili in Italien), Kleinkinderschulen noch keine Aufnahme finden. Also die Krippen werden sich um die Kinder vom 1. bis 3. Lebensjahr anzunehmen haben.

Ein Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Kindern soll bei der Aufnahme nicht gemacht werden. Da diese Anstalten aber meist aus Privatinitiative hervorgegangen sind, so sind manche geneigt, uneheliche auszuschliessen; vom hygienischen Standpunkt aus kann diese Einschränkung nur bekämpft werden.

Digitized by Google

Von ganz besonderer Wichtigkeit für das Gedeihen der Krippe im sanitarischen Sinne ist es, dass bloss gesunde Kinder darin Aufnahme finden. Hält man auch an diesem Princip fest, so begreift doch jeder, der sich mit den Säuglingen aus der armen Bevölkerungsklasse viel beschäftigt hat, dass es unmöglich ist, immer mit Sicherheit Kranke auszuschliessen. Namentlich ist das Hineinbringen von Dyspeptischen und das Vermischen mit den Gesunden nicht ganz zu vermeiden. Nach unserer ausgedehnten Erfahrung bringen zum Glück diese immerhin nur leicht erkrankten Kinder nicht diejenige Gefahr, wie man a priori und nach der Erfahrung in den Spitälern glauben sollte. Es handelt sich da offenbar doch mehr um solche Darmstörungen, die nicht infectiös, nicht übertragbar sind.

Es braucht hier nicht ausführlich erörtert zu werden, dass bei jeder einsichtsvollen Krippenleitung das Streben dahin gehen muss, die Mutter aufzufordern, so weit die Arbeit ihnen dies gestattet, mit dem Stillen auch während des Tages fortzufahren und ja nicht wegen der Krippe vor der Zeit zu entwöhnen. Das Verbringen in die Krippe hat durchaus nicht, wie dies vielfach geglaubt wird, eine künstliche Aufftüterung zur Folge. Da ja der Krippenarzt über die Aufnahme jedes Kindes zu entscheiden hat und bei diesem Anlass die Mutter zu sehen bekommt, so wird er Gelegenheit haben, die stillenden Mütter zum Weiterstillen aufzufordern und ihnen die Wichtigkeit dieser Pflicht ans Herz zu legen. Leider wird bei uns, wo die künstliche Auffütterung auch sonst das gewöhnliche ist, eine natürliche Ernährung nur allmählich zu erzwingen sein.

Am gefährlichsten für die Krippen sind die Masern, was auch von anderen Beobachtern constatiert wird. Die Iniectionen, die sich in den Krippen ausbreiten können, sind überhaupt deren Achillesferse, aber nicht in höherem Grade, als in anderen Anstalten, wo Kinder in grösserer Zahl zusammenkommen: Kleinkinderschulen, Kindergärten, Findelhäuser und Kinderspitäler.

Um der Verbreitung der Masern, aber auch des Keuchhustens, der infectiösen Darmkatarrhe und anderer weniger bedeutungsvollen Infectionskrankheiten möglichst zu begegnen, ist es gewiss von grosser Bedeutung, worauf wir schon oben hingewiesen haben, dass die einzelnen Krippen ja nicht zu gross angelegt werden. Es ist eine Hauptaufgabe des Krippenarztes, Einschleppungen solcher Krankheiten hintanzuhalten und das wird ihm dann hauptsächlich möglich sein, wenn er häufige Besuche in der Anstalt macht und so die Kinder beständig unter Augen hat.

Nach unseren reglementarischen Bestimmungen in der Basler Krippe muss das Kind, sowie es erkrankt ist, den Eltern zurückgegeben werden und wenn Geschwister eines die Anstalt besuchenden Kindes an ansteckenden Krankheiten erkrankt sind, so darf selbstverständlich während der Dauer derselben die Krippe nicht besucht werden. Bei einer derartigen sorgfältigen und einsichtsvollen ärztlichen Ueberwachung hat man die Infectionen nach meiner Erfahrung wenig zu fürchten; die geringe Mortalität in gut geleiteten Krippen spricht auch dafür.

Was dann die Ernährung und die Pflege in den Krippen angeht, so ist da auf Einhaltung scrupulöser Reinlichkeit in Kleidung, Linge, Trinkgefässen, Saugzapfen etc. ganz besonders und viel mehr,

Digitized by Google

als in der Einzelpflege zu achten. Ich enthalte mich, auf die Ernährungsfrage im Einzelnen einzutreten, da ja hier dieselben Regeln zur Geltung kommen, wie bei jeder künstlichen Ernährung; auch da hat der Arzt die nötigen Vorschriften zu machen und die Aufsicht zu führen. Um einen ungünstig wirkenden Wechsel in der Nahrung zu vermeiden, haben wir namentlich für die schwächeren Säuglinge die Einrichtung getroffen, dass denselben für die Nacht von unserer sterilisierten Milch mitgegeben wird, und der günstige Erfolg ist in sehr vielen Fällen auch nicht ausgeblieben.

Um ein sicheres Urteil zu haben über die Fortschritte der anvertrauten Kinder, werden in verschiedenen Pariser Krippen in neuerer Zeit wöchentliche Wägungen vorgenommen. Es wäre sehr zu wünschen, wenn diese sehr empfehlenswerte Neuerung sich allmählich in anderen Krippen auch einbürgern würde; doch wo das Pflegepersonal wie in den meisten derartigen Anstalten bis jetzt beschränkt ist, wird man damit noch auf grosse Schwierigkeiten stossen.

Ich bin überzeugt, dass überall, wo Krippen nach den hier in aller Kürze aufgestellten Grundsätzen errichtet und geführt werden, auch die Resultate günstige sein werden, und wenn da und dort in Deutschland im Verein mit Frauen, die hier ein ihnen so sympathisches Feld der Thätigkeit finden, sich Aerzte durch diese Zeilen zur Gründung solcher Institute anspornen liessen, wird der gute Erfolg für die Säuglinge und für die arbeitende Bevölkerung sicher nicht ausbleiben und die aufgewandte Mühe reichlich belohnt werden.

II. Referate.

175) **A. Baginsky.** Zur Kenntnis der Atrophie der Säuglinge.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899 No. 18.)

Ueber dies Thema hielt B. im Verein f. innere Medicin in Berlin (20. III. 99) einen Vortrag, in welchem er etwa Folgendes erörterte: Trotz zahlreicher Arbeiten ist über die Ursache jener seltsamen Affection noch durchaus keine Klarheit geschaffen, vielmehr stehen sich schroffer denn je die Anschauungen gegenüber. Das Krankheitsbild selbst steht fest: Kinder mit tief eingefallenen Wangen, tief liegenden Augen, eingesunkener Fontanelle, skelettartig abgemagertem Körper, tief eingesunkenem Leib, mit jammervollem Gesichtsausdruck, oft die volle Faust in den weit geöffneten Mund gedrängt — das lebendige Bild unsäglicher Gier nach Labung! Und dies bei Kindern, die in wochenlanger Pflege im Krankenhause sich befinden, sorgsamst genährt und gewartet, bei Kindern, die keineswegs mehr an Erbrechen oder Diarrhöe leiden, eher vielmehr an Obstipation oder zum mindesten an wechselnden Zuständen von Stuhlträgheit, die aber bei aller dieser Pflege mit unfehlbarer Consequenz an Gewicht abnehmen, meist ohne jede besonderen weiteren Krankheitserscheinungen zusammensinken und hinsiechen. Ausgeschlossen sind hierbei schon alle Fälle mit acuten Processen, von acuter Gastroenteritis, Pemphigus, Lues, Tuberkulose u. s. w., ferner auch jene Gruppe der

Digitized by Google

Atrophie, wo es sich eigentlich nur um Inanitionszustände handelt, indem die Kinder einfach der Verhungerung preisgegeben waren (Engelmacherinnen!). Hier handelt es sich nur um jene anscheinend ohne handgreifliche Ursache hinschwindenden Kinder. Die Anamnese ergiebt hier, dass die Pat. seit längerer Zeit, vielfach freilich mit Unterbrechungen durch günstige Perioden, an dyspeptischen Störungen, Diarrhöen, auch mit Erbrechen und Abnahme des Körpergewichts gelitten haben, dass sie mit Auf- und Abschwanken allmählich in den elenden Zustand gelangt sind, meist bei guter Pflege, anscheinend reichlichen Nahrungsaufnahmen, consistentem Stuhlgang und fast ununterbrochener Fieberlosigkeit!

Die erste Frage, die hier zu entscheiden ist, ist die, ob die Kinder sich überhaupt zu ernähren imstande sind. B. stellte Stoffwechseluntersuchungen an. Das Ergebnis einer solchen war, dass das Kind bei einer durchschnittlichen Nahrungsaufnahme von über 600 g mit Kindermehl verdünnter Milch, von 5,904 g eingeführtem N 3,133 g d. i. 52,7 % unbenutzt mit den Fäces wieder ausschied. Dasselbe schied aber ferner 3,11 N mit dem Harn aus und erlitt sonach in dem 4tägigen Versuch einen Verlust von 0,336 g N. Hierbei ist also vorerst die völlige unzureichende Ausnutzung der dargereichten Nahrung auffällig, die gepaart ist mit einem auf 9,5 g zu berechnenden Verlust an N-haltiger Körpersubstanz. Da das Kind während des Versuches um 100 g abgenommen hatte, so verlor es einen immerhin noch beträchtlichen Teil an Fett. In einem 2. Versuch belief sich bei 37 % N-Verlust mit den Fäces der N-Verlust innerhalb eines 5tägigen Versuches auf 7,91 g, was, da das Kind innerhalb der Versuchstage um 160 g abgenommen hatte, darauf hinführt, dass der ganze Verlust durch N-haltige Körpersubstanz gedeckt wurde. Man erkennt, wie unter dem Mangel der augenscheinlich schwer gestörten Assimilationsfähigkeit die Zusammensetzung des kindlichen Körpers sich im wesentlichsten Teil zu ändern beginnt. Der Schwerpunkt liegt aber, wie man sieht, bei dem Unvermögen des Darmcanals, die dargereichte, durchaus zweckmässig zusammengesetzte Nahrung aufzunehmen. Unter normalen Verhältnissen werden 96 % aufgenommen, während bei jenen Versuchen 52,7 % resp. 37 %, bei einem anderen Kinde 45,2 % des dargereichten N unbenutzt mit den Fäces abgingen. Das wies auf schwere, die Function beeinträchtigende anatomische Veränderungen des Darmcanals hin.

B. hat nun an ganz frischem Leichenmaterial, wo cadaveröse Veränderungen absolut ausgeschlossen werden konnten, Untersuchungen angestellt. Fast in jedem Falle fand er einzelne Abschnitte der Darmwand absolut intakt, an anderen Punkten aber eine von der intensivsten Schwellung und Wucherung der Schleimhaut, den Lieberkühn'schen Drüsen und Zotten, bis zur völligen Wegschwemmung und Vernichtung vorschreitende Läsion der Darmwand. Also in keinem der 10 untersuchten Fälle war der Darm in voller Länge verändert, sondern ganz gesunde Stellen fanden sich neben mittelstark veränderten und völlig vernichteten. Auf diese Befunde gestützt, behauptet B. neuerdings, was er bereits früher erklärt hat: „Die Atrophie der Säuglinge ist die Folge der durch atro-

Digitized by Google

phische Veränderungen des Darmcanals gestörten Assimilation." Damit wäre das Rätsel dieser Zustände gelöst!

Andere Autoren halten immer noch an abweichenden Erklärungen fest. So führt man diese atrophischen Zustände auf Intoxikationen, die infolge von im Darmtractus vor sich gehenden Zersetzungen entstehen, zurück. B. war wohl der Erste mit, der auf diese Art von Autointoxikationen hingewiesen hat, und er will gar nicht leugnen, dass intercurrente Zustände von Autointoxikation bei den atrophischen Kindern vorkommen können. Aber den ganzen Process auf die Autointoxikation zurückzuführen, geht nicht an. B. hat auch von toxischen Körpern, z. B. im Harn, nie was entdecken können; ebenso fielen Tierversuche negativ aus. Czerny hat nun die Hypothese aufgestellt, dass es sich um Säureintoxikation handele, die im Wesentlichen von den Fetten der eingeführten Nahrung ausgeht; zur Unterstützung dieser Anschauung wurden die vermehrte Ammoniakausscheidung, sodann gewisse Degenerationen; z. B. der Leber, endlich eine eigenartige Atmung angegeben, die in ihrem Ablauf derjenigen durch Säure vergifteter Tiere gleicht und besonders durch eigentümliche Atempausen sich charakterisiert. B. hat nun in 2 Fällen tötlich verlaufener Säureintoxikation bei Kindern (Salzsäure und Schwefelsäure) diese Atempausen nicht, sondern nur eine höchst eigentümliche Art von grosser inspiratorischer und exspiratorischer tiefster Atmung gesehen. Diese Atmung kann man allerdings auch bei einzelnen der atrophischen Kinder beobachten; sie ist fast genau dem entsprechend, was man kurz vor Eintritt des diabetischen Coma als auch im Verlaufe desselben sieht. Czerny hat seine Curve an einem Kinde $^1/_2$ Stunde vor dem Tode gewonnen, sodass er es mit einer Ermüdungscurve der respiratorischen Centren zu thun hatte. So sehr also gerade die Analogie mit der diabetischen Atmung an Säureintoxikation erinnern mag, so hat diese doch mit Atrophie nichts zu thun, vielmehr glaubt B. die eigentümliche Atmung auf encephalitische Veränderungen der atrophischen Kinder zurückführen zu müssen. Er hat ferner vor Jahren Versuche mit Milchsäurefütterung bei jungen Hunden gemacht. Diese Milchsäurefütterungen, insbesondere in Verbindung mit der Entziehung von Salzen, führen unfehlbar zur Erkrankung der Tiere an Rhachitis, und bekanntlich hat Bunge aus der Entziehung der Salze allein schon eine Säurevergiftung des Organismus herleiten wollen. Man sollte nun meinen, dass so, unter der Voraussetzung einer chronischen Säurevergiftung, die atrophischen Kinder sehr bald rhachitische Veränderungen an ihren Knochen zeigen mussten. Dies ist aber keineswegs der Fall, weder anatomisch, noch auch chemisch liess sich dies nachweisen. Beispielsweise geben die Knochen eines atrophischen Kindes im Durchschnitt den Gehalt von

organischer Substanz = 44,76 %
anorganischer „ = 55,24 %,

was weit ab ist von dem Befunde rhachitischer Knochen, da der Gehalt derselben an anorganischer Substanz kaum 36 % zu erreichen pflegt. Also auch von diesem Gesichtspunkte aus lässt sich die Czerny'sche Säureintoxikationshypothese nicht aufrecht erhalten.

Eine andere Gruppe von Autoren neigt dazu, Infectionsein-

Digitized by Google

flüssen eine wesentliche Rolle zuschreiben zu müssen. Freilich geht nun eine Anzahl der elend gewordenen Kinder schliesslich an septischer Infection zu Grunde; es können sich Furunkulose, tiefgehende Phlegmonen, Intertrigo, Colicystitis, Pyelonephritis, Otitis media hinzugesellen, und die Kinder erliegen dann desto rascher. Aber alles das braucht nicht zu geschehen, die Kinder siechen trotzdem dahin. B. hat dann auch das Blut atrophischer Kinder in vivo und post mortem untersucht und nur ganz vereinzelt positive Befunde erzielt, sodass, wenn mal Sepsis bei Atrophie auftritt, sicher ein secundärer Vorgang im Spiele ist.

So bleibt also die anatomische Läsion des Darmtractus die einzig wirkliche Ursache der Atrophie. Trotzdem möchte B. noch auf eine wichtige, rein praktische Erfahrung hinweisen, die vielleicht dazu dient, manches über den Verlauf jener Affection aufzuklären, besonders nach der immer wieder betonten Seite hin, dass die Atrophie gerade in Hospitälern gern eintritt und gefährlich wird. Es ist B. seit langem aufgefallen, dass gewisse chronische oder subacute, lange sich hinschleppende pathologische Zustände unter dem Einflusse einer gewissen Monotonie der Pflege nicht schwinden wollen, und dass sie nicht eher beseitigt werden, bis der Kranke in andere Lebens- und Pflegeverhältnisse gebracht wird. Dies kann man z. B. bei der chron. Albuminurie nach Scharlach beobachten, wo schon der Wechsel der Zimmer genügen kann, die Affection zu bessern oder gar zu beseitigen, bei fieberhaften Zuständen im Verlaufe von pleuritischen Exsudaten, bei arhythmischen Zuständen des Herzens nach Diphtherie u. s. w. Die Veränderung der Umgebung des Kranken, der Wechsel der Diät, des Klimas, psychische Beeinflussungen wirken gar oft zusammen, in raschester Weise chronische Anomalien zu beseitigen, die in bisheriger monotoner Alltagspflege nicht schwinden wollten. Die Monotonie der Pflege, vereint mit Pflegefehlern, die bei langer Pflege unausbleiblich sind, mögen sehr viel dazu beitragen, die Atrophie der Säuglinge in unseren Krankenanstalten zu erhalten und zu befördern. So seltsam es auch klingen mag: auch der Säugling braucht eine Abwechselung, weil selbst das ganz junge menschliche Kind doch mehr verlangt und auch psychisch sehr früh schon andere Ansprüche macht, als das säugende junge Tier. Das Kind will von vornherein mehr als bloss vegetieren; es gedeiht unter der liebevollen, auch psychisch anregenden Pflege der Familie besser, als in der monotonen, auf das Notwendigste sich beschränkenden Anstaltspflege. Hieraus erklären sich vielfach schon die Verschiedenheiten in den Erfolgen bei der Pflege der zu Atrophie neigenden dyspeptischen Säuglinge in der Familie und in den Krankenanstalten. Die Monotonie der Pflege, verbunden mit Fehlern bei ihrer Ausübung, und der Mangel an liebevoller Individualisierung ist ein wesentlicher Teil dessen, was man „Hospitalismus“ nennt, wobei freilich nicht ausgeschlossen bleibt, dass auch Infection und Sepsis im Krankenhause leichter zu acquirieren sind als in der Privatpflege.

Digitized by Google

176) H. Fuchs. Zur Hygiene der ersten Lebenstage.

(Aus der Kgl. Frauenklinik zu Kiel.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 21.)

Vor einiger Zeit hat W. Gessner den Versuch gemacht, die Aetiologie des Icterus neonatorum auf die rauhen Hände der Hebeammen zurückzuführen, die bei der Hautreinigung post partum durch unzartes Frottieren der Haut multiple Hämorrhagien in Cutis und Subcutis hervorbrächten. Diese, übrigens anatomisch noch nicht bewiesenen, Hämorrhagien hält Gessner sogar nicht nur für den Ausgangspunkt des Icterus und des Harnsäureinfarcts der Neugeborenen, sondern glaubt in ihnen die Quelle für nahezu sämtliche schwere Erkrankungen der ersten Lebenstage gefunden zu haben. Wenn man nun auch über letzteren Punkt zur Tagesordnung übergehen kann, so hält F. den Erklärungsversuch für den Icterus immerhin für discutabel. Zugegeben, dass gelegentlich bei energischer Abreibung des Integuments capillare Hämorrhagien aus den zarten kindlichen Blutgefässen eintreten können, so ist theoretisch die Möglichkeit eines hierdurch begründeten Icterus wohl nicht ganz von der Hand zu weisen. Allerdings scheint Gessner anzunehmen, dass das Bilirubin sich aus den extravasierten roten Blutkörperchen in loco bilde und ebenda eine echte Icterusfärbung der Gewebe veranlasse. Diese Annahme erscheint nun doch recht wenig begründet, zumal es noch nicht einmal feststeht, ob selbst im kreisenden, also oxydationsfähigen Blute die Entstehung des Bilirubins aus freigewordenem Blutfarbstoff möglich sei, ob nicht vielmehr die Leber als ausschliessliche Bildungsstätte desselben angenommen werden muss. Nach Hofmeier ist es ja höchst wahrscheinlich, dass der Icterus neonatorum weder als rein „hämatogen“, noch als rein „hepatogen“ zu erklären ist, dass vielmehr der nachgewiesenermassen reichliche Untergang roter Blutkörper zu einer polycholischen Thätigkeit der Leber und damit zum Uebertritt von Galle ins Blut führt. Wie freilich dieser letztere auf dem Boden der Polycholie entstehen kann, darauf bleibt Hofmeier die Antwort schuldig. Angenommen, dass allein durch einen Ueberschuss an producierter Galle der Uebertritt eines Teils derselben ins Blut erklärbar wäre, so blieben immer noch die häufigen Fälle dunkel, in denen bei deutlicher icterischer Hautfärbung die Leber nicht gallig imbibiert erscheint. Diese Lücke scheint nun durch Quincke ausgefüllt zu sein. Derselbe legt für die Erklärung der Gelbsucht Neugeborener mit Recht grosses Gewicht auf das relativ lange Offenbleiben des Ductus venos. Arantii, der einen Teil der im Pfortaderbereich reabsorbierten fertigen Meconiumgalle mit Umgehung der Leber direct ins Blut (V. cava) führt. Vielleicht sind die leichteren Grade des Icterus neonatorum sämtlich durch dies Offenbleiben zu erklären, indem durch die reabsorbierten Gallenbestandteile der wiederum cholagopisch wirkenden Auflösung roter Blutkörper Vorschub geleistet wird (Quincke). Immerhin wird man angesichts der auffallenden Coincidenz des Icterus mit den sonstigen Erscheinungen des darniederliegenden Stoffwechsels (Gewichtsabnahme, Harnsäureinfarct, Eiweissausscheidung) die Erklärung Hofmeier's nicht ent-

Digitized by Google

behren können, der den Zerfall roter Blutkörper, also von Circulationseiweiss in den ersten Lebenstagen, als Grundursache des Icterus ansieht.

Die Beweisgründe, die Gessner für seine Theorie beibringt, sind lediglich speculativer Natur. Deshalb lag es nahe, durch ein einfaches Experiment seine schon theoretisch recht gewagt erscheinende Ansicht über die Entstehung des Icterus zu widerlegen. Ueberdies erschien es zugleich gegeben, bei einer Anzahl Neugeborener den weiteren Einfluss der Behandlung zu prüfen, die das Kind in den ersten Lebenstagen gewissermassen ganz sich selbst überliess. Es wurde also bei 15, sämtlich spontan und am normalen Ende der Schwangerschaft mit allen Zeichen der Reife geborenen, Kindern sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa, als auch das tägliche Bad unterlassen. Bei nur 4 Kindern blieb der Icterus aus, bei den übrigen 11 trat er sehr deutlich in die Erscheinung. Der chemische Nachweis des Bilirubins im Harn gelang nur in 1 Falle mit der anscheinend sehr empfindlichen Rosin'schen Jodtincturprobe. Wohl aber konnte F. aus den 8 Urinproben der icterischen Kinder, die er am 2. oder 3. Tage per Katheter erhielt, in 5 Fällen das für Icterus charakteristische gelbe Pigment nachweisen, das meist an den krystallinischen Harnsäureniederschlägen, gelegentlich auch an Harnsäurecylindern in Form von kleinen Plättchen und Schollen haftete. Dass auch die Bildung des harnsauren Infarcts nicht im mindesten Zusammenhang mit arteficiellen Hämorrhagien bei der Hautreinigung hat, erhellt aus der Thatsache, dass F. in den von 11 der beobachteten Kinder gewonnenen Urinproben 8mal den Nachweis von Harnsäuresediment führen konnte, das sich meist in Form von krystallinischen Gebilden, seltener in Form von Cylindern vorfand. Bezüglich des Körpergewichts verhielten sich die Kinder folgendermassen: Bei einem anfänglichen Durchschnittsgewicht von 3263 g betrug der durchschnittliche maximale Gewichtsverlust in den ersten 2—3 Tagen 225 g, also $^{1}/_{14,5}$ des Anfangsgewichts, ein Wert, der in den Grenzen des Physiologischen liegt. Für die Annahme, den Gewichtsverlust als Ausdruck einer besonders gesteigerten Wärmeabgabe anzusehen, spricht nichts; die Kinder, bei denen man, wie hier, die Wärmeabgabe auf das geringste Mass reducierte, zeigten das gewöhnliche Verhalten.

Um diese Resultate zu controlieren, wiederholte F. den Versuch, Hautreinigung und Bad fortzulassen, neuerdings, so verfahrend, dass er abwechselnd ein Kind nach der Geburt abreiben und täglich baden liess, das nächste nicht; auch diese 35 Kinder waren spontan und reif geboren. Von den 17 nicht abgeriebenen und nicht gebadeten wurden 9 (= 53 %), von den anderen 17 wurden 11 (= 64 %) icterisch. Bei den ersteren betrug bei einem durchschnittlichen Anfangsgewicht von 3235 g der maximale Gewichtsverlust in den ersten Tagen 281 g = $^{1}/_{11,5}$ des Anfangsgewichts (dabei hatten 52,8 % der Kinder ihr Anfangsgewicht bis incl. 10. Tag erreicht, 47 % nicht, ja sogar zum Teil noch etwas verloren); bei den letzteren betrug bei durchschnittlichem Anfangsgewicht von 3384 g der maximale Gewichtsverlust 210 g, also nur $^{1}/_{16}$ des Anfangsgewichts (dabei hatten 64,6 % ihr Anfangsgewicht bis incl. 10. Tag erreicht, 35,2 % waren darunter geblieben). Einen Unterschied in der Mumificierung des Nabelstrangrestes hat

Digitized by Google

F. nicht feststellen können; dieselbe erfolgte durchschnittlich bis zum 3. Tage glatt unter Verband mit sterilisierten Nabelläppchen. Anders aber verhielt es sich mit der Abstossung des Strangrestes vom Nabelgrunde. Schon bei der ersten Versuchsreihe fand sich, dass nur 53 % der Kinder den Strangrest bis incl. 7. Tag abgestossen hatten (gegen 50 % der Gebadeten), und bei den neuen Versuchen jetzt ergaben sich noch ungünstigere Verhältnisse, indem von den 17 ungebadeten Kindern nur 23,5 % bis zum 7. Tag den Schnurrest eliminiert hatten, gegen 64,7 % bei den Gebadeten. Gröbere Störungen der Nabelwundheilung wurden vermisst, doch fand sich bei 2 (der Ungebadeten) schmierig-gelblicher Belag des Nabelgrundes mit Temperatursteigerungen über 39° (in recto). Bei 7 der Nichtgebadeten fanden sich Temperatursteigerungen über 38,5°, bei den Gebadeten nur 2mal; von den 7 ungebadeten, fiebernden Kindern lagen 5 zu gleicher Zeit in derselben Baracke, in der 3 gebadete Kinder vom Fieber verschont blieben. Diese Beobachtungen, obwohl nur an einem kleineren Material gewonnen, sprechen doch, zumal die beiden Versuchsreihen fast die gleichen Resultate ergaben, gegen die Bestrebungen Doctor's, Keilmann's etc., das Baden als schädlich fortzulassen. Auf die Gewichtsverhältnisse, nach denen die ungebadeten Kinder zum Mindesten gegen die Gebadeten nicht im Vorteil zu sein scheinen, möchte F. keinen grossen Nachdruck legen, da hier individuelle Schwankungen eine zu grosse Rolle spielen. Grössere Bedeutung kommt aber der bei den Ungebadeten verspäteten Abstossung des Nabelschnurrestes zu; seitdem Epstein bewiesen hat, dass die Resorption toxischer Substanzen vom Nabel aus bei nicht völlig gelöstem Strange viel intensiver ist, als nach Abfall desselben, seitdem ferner Runge gerade die schwersten septischen Allgemeininfectionen bei noch nicht völlig gelöstem Strangrest eintreten sah, haben wir alle Ursache, Alles auszuschalten, was eine, wenn auch nur geringe Verzögerung der Granulationsbildung am Nabelgrunde herbeiführen kann. Wie wenig übrigens bei aseptisch geschultem Personal und bei Verwendung sterilisierter Nabelbinden und Bettwäsche das Badewasser als Infectionsquelle zu fürchten ist, beweisen F.'s Erfahrungen, der während 10monatlicher Thätigkeit in den Wöchnerinnenbaracken (bei ca. 250 Neugeborenen) nicht einen einzigen Fall ernstlicher Nabelwundinfection sah und auch Störungen in der Granulationsbildung fast nie erlebte.

Also schädigend wirkt nach F.'s Ansicht das Bad keinesfalls, dasselbe ist vielmehr ein wichtiger hygienischer Factor, indem es der Wasserverarmung des Gewebes in den ersten Lebenstagen etwas entgegenarbeitet, Schlaf und Nahrungsaufnahme günstig beeinflusst. Den Icterus neonatorum aber, sowie die übrigen Symptome eines darniederliegenden Stoffwechsels wird man weiterhin auffassen als physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen, die die Function sämtlicher Organsysteme in den ersten Lebenstagen erleidet.

Digitized by Google

177) **A. Hartmann.** Die Einwirkung der Otitis media der Säuglinge auf den Verdauungsapparat.

(Zeitschrift f. Ohrenheilkunde Bd. 34 Heft 1.)

H. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die acute fieberhafte Otitis verursacht Gewichtsabnahme oder -Stillstand.

2. Otitis mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen kann wahrscheinlich auch Durchfälle hervorrufen.

3. Acute fieberhafte Otitis im Verlaufe von Darmkrankheiten kann die Symptome allgemeiner Natur steigern und durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit das Darmleiden verschlimmern, zu Recidiven Veranlassung geben oder die Heilung blos verzögern.

4. Ob schleichende, nur otoscopisch festzustellende Otitis geeignet ist, chronische Atrophie zu erklären, muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden.

Betreffs der Diagnose betont H. wieder, dass dieselbe selbst für den Erfahrenen oft Schwierigkeiten bietet; es kam ihm wiederholt vor, dass er bei der Untersuchung glaubte, ein normales Trommelfell vor sich zu haben, die Paracentese oder Section aber Exsudat zu Tage förderte, während umgekehrt H. öfter Secret constatieren zu müssen glaubte, wo solches thatsächlich nicht vorhanden war.

---

178) **A. Ephraim.** Gehörgangscyste.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 5.)

Mit Rücksicht auf die überaus grosse Seltenheit dieser Affection und auf die unter Umständen vorhandene Gefahr der Facialisverletzung bei der Operation derselben ist der folgende Fall der Mitteilung wert.

11jähr. Mädchen wurde am 3. VI. v. J. zugeführt wegen einer Geschwulst des rechten Ohres. E. fand an der unteren Gehörgangswand einen in der Grösse eines halben Pflaumenkerns halbkugelig vorspringenden, fluctuierenden Tumor, dessen Bedeckung und Umgebung keine Rötung oder sonstige Verfärbung zeigte; auch bestand weder spontaner Schmerz, noch Druckempfindlichkeit. Eine Incision förderte seröse Cystenflüssigkeit zu Tage; die nunmehr eingeführte Sonde konnte in der Richtung nach unten soweit eingeführt werden, dass ihre Spitze dicht hinter dem Kieferwinkel gefühlt wurde.

Da Kaubeschwerden, über welche Pat. klagte, Abhilfe verlangten, schritt E. am 22. VI. zur Operation. In Chloroformnarkose wurde auf die durch die eingeführte Sonde markierte Cyste eingeschnitten und diese durch einen dem aufsteigenden Unterkieferast parallel laufenden Schnitt freigelegt. Die Cystenwand zeigte sich sehr dick und mit dichten kleinen Zotten versehen. Obwohl der Facialis nicht zu Gesicht kam, entstand während der Excision der Cystenwand eine totale Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Nachdem die Wandung soweit als möglich exstirpiert war, wurde die Wunde im oberen Teil vernäht, im Uebrigen durch einen vom unteren Mundwinkel nach dem Gehörgang durchgeführten Gazestreifen drainiert. Einige Stunden nach der Operation trat eine ziemlich starke Schwellung und leichte Rötung der rechten Gesichtshälfte ein (Vasomotorenlähmung?), welche nach einigen Tagen allmählig wieder verschwand. Die Temperatur blieb stets normal. Die Wunde, erst mit Jodoformgaze, dann mit Höllensteinsalbe verbunden, heilte stetig, aber langsam, sodass Pat. erst am 22. VII. entlassen werden konnte. Die Facialislähmung blieb 3 Wochen hindurch unverändert, dann fing sie an, langsam zurückzugehen.

Status vom 30. VIII. Operationswunde fest vernarbt; auf Druck entleert sich weder aus ihr, noch aus dem Gehörgang Flüssigkeit. Dieser zeigt an seiner

Digitized by Google

unteren Wand einen halbkugeligen, von sehniger, ganz trockener Membran ausgekleideten Recessus, der nach allen Seiten völlig abgeschlossen ist. Deutliche Parese der gesamten rechtsseitigen Gesichtsmuskulatur.

---

179) **Politzer.** Fall von operativ geheilter Thrombose des Sinus sigmoideus.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 5.)

P. stellte den Fall in der Oesterr. otolog. Gesellschaft (25. IV. 99) vor.

Pat., ein 9 jähr. Mädchen, bekam im Anschluss an Scharlach eine linksseitige Ohreiterung. Die Otorrhoë sistierte zeitweise, worauf sich jedesmal Schmerzen einstellten. Im Jahre 1898 wurden 2 mal Polypen aus dem Ohr entfernt. 6 Tage vor der Spitalsaufnahme erkrankte Pat. plötzlich unter Fieber, Erbrechen und Schwindel.

Status praesens: Temp. 39°, Puls 130. Innere Organe gesund. Rechtes Ohr normal. Bedeckung des linken Warzenfortsatzes diffus geschwollen, Haut darüber gerötet, sehr heiss; am Ansatze der Ohrmuschel Fluctuation. Gehörgang diffus verengt. Uebelriechende Secretion. Weber nach links lateralisiert. Sensorium nicht vollkommen frei, daher genaue Functionsprüfung unmöglich.

Es wurde sofort zur Operation geschritten und die typische Eröffnung der Mittelohrräume vorgenommen. Das Antrum, die Trommelhöhle und der Attic waren mit erweichten Cholesteatommassen erfüllt, die Gehörknöchelchen waren nicht aufzufinden. Die grün verfärbte Aussenwand des Sulcus sigmoideus wurde entfernt. Die laterale Sinuswand zeigte sich eitrig belegt; von einer Eröffnung des Sinus wurde vorläufig abgesehen, um vorerst den Erfolg der Operation abzuwarten. Am nächsten Tage bekam Pat. einen Schüttelfrost, in der fieberfreien Zeit zeigte sich auffallende Euphorie. Gleichzeitig gab sie spontan an, dass sie alles doppelt sähe. Die Untersuchung der Augen ergab beiderseitige Parese des Abducens, die Augenspiegelung eine ziemlich weit vorgeschrittene beiderseitige Neuritis optica. Am Abend desselben Tages wieder ein Schüttelfrost, weshalb der freigelegte Sinus in einer 2. Operation der Länge nach gespalten wurde. Hierbei zeigte es sich, dass der Sinus in ziemlich grosser Ausdehnung von braunroten, stellenweise eitrig zerfallenen Thrombenmassen ausgefüllt war. Die erkrankte laterale Sinuswand wurde mit der Schere excidiert, die Thrombenmassen mit dem scharfen Löffel soweit als möglich entfernt; eine Blutung trat nicht auf. Das Fieber und die Schüttelfröste sistierten nun nicht gleich, sondern dauerten noch 4 Tage nach der Operation an; auch späterhin zeigte Pat. noch hohe Temperaturen (bis 39,5°), aber keine Schüttelfröste mehr. Die Abducensparese war sofort nach der Operation verschwunden, um nur noch 1 mal während des Krankheitsverlaufs für kurze Zeit wiederzukehren. 6 Tage nach der Operation begann Pat. zu husten, die Untersuchung der Lungen ergab mit Sicherheit links multiple Abscessbildung mit consecutiver exsudativer Pleuritis, die expectorierten eitrigen Massen waren von fötidem Geruch. 26 Tage post operat. entstand ein periphlebitischer Abscess, längs der Vena jugularis, der — die Eltern verweigerten die Eröffnung — 3 Tage später spontan durchbrach, wobei sich eine grosse Menge dünnflüssigen, stinkenden Eiters entleerte. Von diesem Tage ab besserte sich das Befinden rasch, die Erscheinungen schwanden, und jetzt ist Pat. bis auf die Operationswunde und die fortbestehende Neuritis optica als geheilt anzusehen.

---

180) **F. Peltesohn.** Ueber eine neue, einfache Methode, persistente Perforationen des Trommelfells zum Verschluss zu bringen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 16.)

Während das Gewebe des Trommelfells in gewissen Fällen eine auffallende Neigung zur Regeneration zeigt, bleiben in einer grossen


Digitized by Google

Zahl von Fällen, namentlich im Anschluss an sehr stürmisch verlaufende acute Entzündungen des Mittelohrs oder als Residuen einer chronischen Eiterung der Paukenhöhle grössere oder kleinere Defecte des Trommelfells bestehen, die hartnäckig jeder Behandlungsweise trotzen, nachdem sich ihre Ränder erst einmal überhäutet haben. Solche Perforationen bilden dann die Veranlassung zu mehr oder weniger gefährlichen Entzündungen des Ohres und stellen eine bleibende Gefahr für das Gehör, wie für den Gesamtorganismus dar. Die Möglichkeit einer Infection vom Nasenrachenraum aus ist ja erhöht, weil durch den herabgesetzten Widerstand des perforierten Trommelfells leichter als sonst deletäre Stoffe durch die Tuba Eustachii in die Paukenhöhle gelangen können; ebenso steht vom äusseren Gehörgange aus allen möglichen schädlichen Substanzen der Eintritt in die Paukenhöhle frei.

Kein Wunder, dass sich die Ohrenärzte alle erdenkliche Mühe gegeben haben, diese Perforationen zum Verschluss zu bringen. Allein die meisten dahingehenden Bestrebungen waren entweder von gar keinem oder von einem sehr wechselnden Frfolge begleitet oder sie erforderten einen unverhältnismässig grossen Aufwand von Zeit, Ausdauer und Geduld von Seiten des Pat. und von Erfahrung und Geschicklichkeit von Seiten des Arztes. Die Aetzungen mit Höllenstein, Scarifikationen, Abtragung mit dem Messer, galvanokaustische Anfrischung der Ränder zeigten wenig Erfolge, die dann von Berthold empfohlene Myringoplastik — Transplantation von der Haut des Oberarms auf die Perforation — wirkte nur bei kleineren Löchern, die Transplantation der Schalenhaut eines Hühnereies erforderte grosse technische Gewandheit und liess bisweilen auch im Stich.

Mit um so grösserer Freude muss man daher ein neues Verfahren begrüssen, welches uns die Möglichkeit gewährt, in auffallend kurzer Zeit, bei der grossen Mehrzahl der Fälle und selbst bei ganz grossen Perforationen mittelst einer einfachen Aetzung des Trommelfellrandes die überhäutete Perforation zum dauernden Verschluss zu bringen. Diese Methode wurde von Okuneff auf Grund von 42 Beobachtungen veröffentlicht (1895) und besteht darin, dass an den Rändern eine Aetzung mit Trichloressigsäure vorgenommen und je nach dem Effect der Aetzung in 4—8—14 Tagen wiederholt wird. Da diese Aetzung schmerzhaft ist, ein Ueberschuss des Aetzmittels leicht in die Paukenhöhle gelangen kann, so empfiehlt Okuneff, vor der Aetzung ein paar Tropfen einer 10—15 $^0/_0$ igen Lösung von Cocain. mur. in die Paukenhöhle einzuträufeln. Er sah bei den 42 Fällen 23 mal vollkommene Vernarbung eintreten, und andere, welche die Methode nachprüften, erzielten ebenfalls damit ausserordentlich günstige Resultate.

P. selbst hat die Methode bei 7 Kindern von 3—12 Jahren angewandt. Von diesen zeigen 5 bereits vollkommen vernarbte Trommelfelle, 2 Fälle sind noch in Behandlung, lassen aber schon eine deutliche Verkleinerung der Perforation erkennen. In allen 7 Fällen handelte es sich um abgelaufene oder recidivierende Eiterungen des Mittelohres. In den 5 geheilten Fällen, in denen Hand in Hand mit der üblichen Behandlung der Eiterung in ungefähr

Digitized by Google

wöchentlichen Intervallen die Aetzung stattfand, trat ungefähr zu gleicher Zeit mit der Abnahme der Eiterung auch die Vernarbung des Trommelfells ein. Während nun die spontan entstandenen Narben erheblich dünner zu sein pflegen und in einer tieferen Ebene zu liegen scheinen, als der unverletzte Teil der Membrana tympani, sah P. in 2 Fällen einen so festen Verschluss eintreten, dass der ursprüngliche Sitz der Perforation nicht mehr zu erkennen war, obwohl es sich um ziemlich grosse Defecte gehandelt hatte, deren Verschluss früher niemand für möglich gehalten hätte. Der Schmerz ist unmittelbar nach der Aetzung ein ziemlich starker, wenn vorher kein Cocain angewandt wurde; aber er dauert nur ein paar Minuten. Gelangen einige Tropfen der Trichloressigsäure, was bisweilen bei starker Rötung und Schwellung der Paukenhöhlenschleimhaut ganz erwünscht ist, in die Paukenhöhle, so färbt sich die Schleimhaut des Mittelohres zunächst schneeweiss und sondert in den nächsten Tagen ein wenig stärker ab; dann aber schwillt sie ab, wird trocken und gewinnt ein blassrotes Aussehen. Auch die geätzten Ränder, die nach der Kauterisation zunächst hellweiss aussehen, werden schon am nächsten Tage hellrot. Bildet sich an denselben ein Schorf, so warte man mit der nächsten Aetzung bis zur spontanen Abstossung. Jene Cocainlösung träufelte P. wegen Intoxikationsgefahr nicht ein; es genügt auch, den sichtbaren Teil der Paukenhöhlenschleimhaut mit ein paar Tropfen einer 10 %igen Cocainlösung zu betupfen. Die Aetzung selbst geschieht am besten so, dass man das äusserste Ende einer Ohrsonde mit ein paar ganz kleinen Wattefädchen umwickelt und die letzteren dann mit einem Tropfen der flüssig gewordenen concentr. Trichloressigsäure tränkt. Durch die zerstörende Wirkung der letzteren wird zunächst die gewucherte Epidermis, das hauptsächlichste Hindernis für die Narbenbildung, aus dem Wege geschafft, worauf die 2. Wirkung der Trichloressigsäure in ihre Rechte tritt, d. h. es tritt nun auf den Reiz der Säure eine üppige Proliferation auf, wodurch rasch der Schluss der Oeffnung sich vollzieht. Während man daher zuerst ziemlich energisch ätzen kann, wird man bei Beginn der Narbenbildung nur zart und in längeren Intervallen das Aetzmittel anwenden.

Contraindikationen für die neue Methode giebt es eigentlich nicht. Man könnte zwar bei Vorhandensein von subjectiven Geräuschen an die Möglichkeit denken, dass die letzteren an Intensität nach Verschluss des Trommelfells zunehmen könnten, da wir ja im umgekehrten Falle durch Anlegen einer künstlichen Oeffnung im Trommelfell ein Schwinden der subjectiven Geräusche beobachten; doch scheint diese Gefahr nicht gross zu sein. Ferner könnte man befürchten, dass sich das Trommelfell bereits schliessen könnte, ehe noch die Eiterung zur Heilung gebracht ist; doch nach den bisherigen Erfahrungen scheint die Fortdauer der Eiterung den endgültigen Verschluss der Membrana tympani zu verhindern. Endlich könnte man an die Möglichkeit einer Verschlechterung des Gehörs nach Verschluss des Trommelfells denken; allein bisher ist in keinem der geheilten Fälle diese eingetreten, wohl aber in vielen eine erhebliche Besserung des Gehörs, ausserdem ist ja, nachdem sich ein fester Verschluss des Trommelfells gebildet hat, die Möglichkeit gegeben,

Digitized by Google

durch spätere Anwendung von Katheter, Luftdouche oder Drucksonde das Gehör zu verbessern. [1])

181) **Leo Bloch.** (Ekaterinoslaw): Ein Fall von Empyema antri mastoidei.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 4.)

Am 11. XII. 98 wurde B. zu einem 10jähr. Mädchen als Consiliarius zugezogen. Pat. hat angeblich vor 3 Jahren eine beiderseitige Otitis med. acut. perforativa überstanden; beiderseits aber hat die Otorrhoë sistiert, wobei das Gehör rechts ad integrum zurückgekehrt, links bedeutend herabgesetzt blieb. Vor 5 Wochen erkrankte Pat. an Influenza, im Laufe welcher sich eine linke Otitis med. ac. zugesellte. 2 Tage dauerten starke Ohrenschmerzen, dann trat profuse Otorrhoë ein. Bei der üblichen Therapie wurde vor 3—4 Tagen die Eiterung etwas geringer, es erschienen aber Uebelkeiten, Erbrechen, immerwährender Kopfschwindel.

Anämisches, sehr abgeschwächtes Kind. Rechtes Ohr normal; links der knöcherne Gehörgangsteil bedeutend gerötet und geschwollen; in der Tiefe eine erbsengrosse Trommelfellperforation; aus dieser ragt ein Ohrpolyp hervor, welcher von Eiter umspült ist; gleich nach sorgfältiger Reinigung wird das Sehfeld wieder von Eiter bedeckt. Keine Schmerzen im Ohr. Am Warzenfortsatze keine Schmerzen, keine Empfindlichkeit, weder spontan, noch bei Druck oder Perkussion, sogar nicht an der Bezold'schen Fossa mastoidea. Keine Rötung oder Schwellung der Cutis hinter dem Ohre. Während der Untersuchung klagt Pat. über Kopfschwindel und Uebelkeit; bei jedem Versuche, aufzustehen oder den Kopf aufrecht zu halten, steigert sich der Schwindel so, dass die Kleine hinfällt. Temp. stets normal. Puls 100—110. Pupillen etwas erweitert.

Da keine Hirnsymptome vorhanden waren, welche auf eine intracranielle Erkrankung hinwiesen, sondern nur Kopfschwindel und Erbrechen, welche als Druckerscheinungen vom Mittelohr angesehen werden konnten, diagnosticierte B. Empyema antri masdoidei mit Eiterretention unter hohem Drucke und schlug eine Antrumeröffnung vor. Dieser Vorschlag erschien um so berechtigter, als der Polyp wegen grosser Schmerzhaftigkeit und der Erschöpfung des Pat. so wie so nur in Narkose entfernt werden konnte und man kaum hoffen durfte, dass die Druckerscheinungen nach der unvollständigen Extraction des aus der Trommelhöhle ragenden Polypen verschwinden würden. Da die Operation verweigert wurde, ätzte B. vorläufig den Polypen mit Acid. trichloracetic.

Die nächsten 3 Tage Status idem, absolut keine Schmerzen, Temp. normal, Puls 110—120, fast ununterbrochener Kopfschwindel, 3—4 mal täglich Erbrechen. Gehörgangswände noch mehr geschwollen, in den Gehörgang ragt noch der Polyp.

Am 17. XII. Antrumeröffnung in der Höhe der Spina. Nach 2—3 Meisselschlägen quoll eine Menge grünen, ziemlich dicken Eiters hervor. Reinigung des Antrums, Auskratzung der ziemlich üppigen Granulationen daselbst, Entfernung des Polypen. An demselben Abend sind die Schwindelanfälle ganz verschwunden, Temp. normal, Erbrechen aber viel häufiger (fast jede Stunde).

18. XII. Keine Schwindelanfälle, Temp. 36,3°. Sehr häufiges Erbrechen (jede Stunde), grosse Schwäche; Puls sehr schwach, unregelmässig, 170—180 in der Minute; Fäcalmassen in den Därmen. Eispillen, Morphium subcutan, Klysmen.

19. XII. Wunde ganz rein, fast keine Absonderung. Der in den Gehörgang eingeführte Gazestreifen ist mir Blut durchtränkt, aber ohne Eiter. Temp. 36,4°. Puls schwach, schwer zu zählen, bis 180 in der Minute. Erbrechen 14—16 mal. Klysmen, Champagner, Eis in Regio cordis, Inf. Digital. mit Brom.

20. XII. Uebelkeiten seltener. Erbrechen blos 2 mal. Puls 120 in der Minute. Keine Schwindelanfälle.

21. XII. Kein Erbrechen oder Uebelkeiten. Allgemeinzustand gut, Puls 110—120, regelmässig, ziemlich voll.

7. 1. 99. Die Wunde sieht ausgezeichnet aus, die Eiterung aus dem Ohre ist fast ganz aufgehoben; Pat. hat prachtvollen Appetit, hat viel an Gewicht zu-

[1]) Auch Dr. A. Lewy (Frankfurt a. O.) hat in einer Anzahl von Fällen Heilung chron. Mittelohreiterungen und Verschluss alter Trommelfellperforationen durch Behandlung mit Trichloressigsäure erzielt und tritt warm für diese Methode ein. (Therap. Monatshefte 1899 No. 5.)

Digitized by Google

genommen, sodass sie unvergleichlich stärker und gesunder aussieht, als vor der Krankheit.

Der Fall ist interessant, erstens, weil das Antrumempyem ganz ohne gewöhnliche Symptome und ohne jegliche Beteiligung der Cellulae mastoideae verlief und die Druckerscheinungen aufs Labyrinth das einzige charakteristische Moment waren, zweitens wegen der Folgen der Chloroformnarkose, welche sich in starker Herzpalpitation und Tachycardie neben Erbrechen ausdrückten.

Der eigentümliche Verlauf der Krankheit ohne Warzenzellenbeteiligung, sowie die rasche Erholung nach der Operation und das Verschwinden der allgemeinen Anämie sprechen wohl dafür, dass die Otorrhoë nach der ersten Ohrenentzündung links nicht ganz tariert war, und dass wir es hier mit einer Influenzaexacerbation einer alten chronischen Mittelohrentzündung zu thun hatten.

---

182) **Panzer.** Präparat eines otitischen Hirnabscesses.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 17.)

P. demonstrierte dasselbe in der Oesterr. otolog. Gesellschaft (31. I. 99) und gab folgende Krankengeschichte dabei an:

Anfang December 1898 kam der 5jähr. Knabe mit seiner Mutter in seine Ambulanz im St. Anna-Kinderhospital. Die Mutter wusste trotz eindringlichen Befragens nichts weiter anzugeben, als dass das Kind vor 14 Tagen einmal auf den Kopf gefallen sei; seitdem klage es über Schmerzen am rechten Ohr. Anderweitige Beschwerden soll das Kind nie gehabt, insbesondere an Ohrenfluss nie gelitten haben. Die Untersuchung des Kindes ergiebt eine starke Schwellung des Gehörganges, insbesondere der oberen Wand desselben, sodass die Inspektion des Trommelfells nicht möglich ist. Das Kind ist munter und klagt nur bei Druck auf den Gehörgang über Schmerzen, der Proc. mastoideus nicht empfindlich. Eine Incision in die obere Gehörgangswand fördert ein wenig Eiter zu Tage. Nach 24 Stunden jedoch ändert sich das Bild vollkommen. Das vorher muntere Kind ist ganz apathisch, die Temp. ist bis auf 39,5° gestiegen. der Proc. mastoid. auf druckempfindlich, die Haut über ihm ödematös. In Anbetracht dieses Zustandes schritt P. zu einer explorativen Eröffnung des Mittelohrs. Ein Schnitt hinter der Ohrmuschel durchdringt die Weichteile. Nach Durchtrennung des Periosts zeigt sich eine Ausammlung von Eiter, der Knochen jedoch ist oberflächlich ganz normal. Der Gehörgang wird bis zur Insertion des Trommelfells abgelöst, derselbe ist vollkommen destruiert und an seiner Stelle sind Cholesteatommassen in grosser Menge angesammelt. Darauf typische Radikaloperation. Gleich bei den ersten Meisselschlägen zeigt sich der Knochen eitrig infiltriert und durch Caries in weitem Umfange zerstört. Insbesondere lokalisiert sich die Caries nach rückwärts, wo im Antrum eine grosse Menge Eiter angesammelt ist. Die knöcherne Wand des Sinus ist in weitem Umfange zerstört, sodass der Sinus auf mehr als 1 cm blossgelegt erscheint. Die Wand des Sinus ist normal gefärbt, eine Punktion desselben ergiebt normales Blut. Zwischen Sinuswand und Knochen ist ebenfalls eine grosse Menge Eiter angesammelt. Die Dura mater von normalem Aussehen und normaler Spannung. Das Tegmen tympani zeigt keine pathologische Veränderung. Von den Gehörsknöchelchen ist nur der Hammerkopf destruiert nachweisbar, Ambos nicht vorhanden.

Der weitere Verlauf war ganz ausgezeichnet. Am 4. Tage nach der Operation konnte der Knabe bereits das Bett verlassen, fühlte sich vollkommen wohl, klagte über keinerlei Schmerzen. Die Temp. war andauernd normal. Am 7. Tage erster Verbandwechsel; normales Aussehen der Wunde, geringe Sekretion. Ebenso beim 2. Verbandwechsel. Am 12. Tage plötzliche Veränderung des bis dahin ganz normalen Befindens. Das Sensorium ganz benommen, Temp. 39,2°, maximale Erweiterung der rechten Pupille, Ptosis des rechten Augenlides. Wenige Stunden später Exitus letalis.

Digitized by Google

Die Section ergab folgenden Befund: Am Felsenbein entsprechend dem operativen Eingriff eine grosse Lücke mit einem ca. kreuzergrossen Defect gegen die hintere Schädelgrube. In demselben liegt der Sinus frei zu Tage. Die Dura mater frei, Meningen frei, blutärmer. Die Blutleiter frei. Im rechten Schläfenlappen ein kleinapfelgrosser alter Abscess mit einer dicken Schwiele, der bis an die Aussenfläche des Schläfenlappens reicht. Ventrikel frei, Kleinhirn normal.

Der Fall ist nach mehrfacher Hinsicht hin interessant. Bemerkenswert ist zunächst der vollkommen freie Intervall zwischen Operation und Exitus letalis. Zu erklären ist das wohl durch die Druckentspannung nach Entleerung des perisinuösen, extraduralen Abscesses. Bemerkenswert ist ferner die Thatsache, dass beim Bestehen des Abscesses im Schläfenlappen die Basis der mittleren Schädelgrube ganz frei von pathologischen Veränderungen sich erwies, die Zerstörungen im Knochen vielmehr sämtlich in die hintere Schädelgrube leiteten. Da gar kein Anhaltspunkt für den Sitz des Hirnabscesses bestand, hätte der nächste Weg wohl nur auf das Kleinhirn geführt, und der Abscess wäre bei der Operation unentdeckt geblieben. Geben doch die Autoren, so insbesondere Gradenigo, an, dass man sich bei unbestimmbarem Sitz einer endocraniellen Complikation an die hauptsächlichsten Knochenveränderungen halten solle, und je nachdem das Tegmen tympani oder das Antrum mastoideum besonders afficiert wären, auf mittlere resp. hintere Schädelgrube losgehen solle.

---

183) **A. Lucae.** Operative Heilung eines Falles von otitischer Meningitis purulenta.

(Berliner klin. Wochenchrift 1899 No. 23.)

14jähr. Knabe, bekam mit 4 Jahren rechts Ausfluss aus dem Ohr; ob im Anschluss an Masern, die er auch durchgemacht hat, weiss er nicht anzugeben. Das Ohr eiterte seitdem mit periodischen Unterbrechungen. Vor 3 Jahren in eine Berliner Erziehungsanstalt aufgenommen, wurde er mit Ausspritzungen behandelt. Es bestehen bei seiner Aufnahme am 19. XI. 97 nur Schmerzen hinter dem rechten Ohr, die schon 8 Tage andauern.

Der rechte Warzenfortsatz, besonders nach der Spitze zu, sehr druckempfindlich, doch nicht geschwollen. Der Gehörgang ist weit und enthält eitriges, fötides Sekret in mässiger Menge. In der Tiefe wird er durch eine grosse Granulation verlegt, welche von oben aus der Gegend des Kuppelraums herabkommt und fast das ganze Lumen einnimmt. Das linke Trommelfell ist eingezogen, am oberen Pol oberhalb des kurzen Fortsatzes eine narbige Einziehung, im Lichtreflex eine verwaschene Narbe.

R. Fl. Spr. nicht gehört.
L. „ 13,0 (Zahlen), 2,0 (Heinrich).

Temp. 38,5, Puls 99. Der Augenspiegel zeigt die Papillen beiderseits scharf begrenzt.

20. XI. Nachts hat Pat. vor Kopfschmerzen nicht schlafen können. Beginnende Nackensteifigkeit. Temp. 39°, Puls 105.

Bei diesen schweren Symptomen schien ein sofortiger operativer Eingriff indiciert, obwohl kaum daran zu zweifeln war, dass es sich bereits um eine beginnende eitrige Leptomeningitis handelte. Bei der unter Aethernarkose vorgenommenen Eröffnung des Warzenfortsatzes zeigte sich der Knochen sehr blutreich, ohne Verfärbung. Erst beim tieferen Vordringen mit dem Meissel quillt Eiter hervor, und es werden Granulationen sichtbar, welche in Verbindung mit Cholesteatommassen eine kirschgrosse Höhle ausfüllen, die zum Antrum führt. Nachdem dieses breit eröffnet und jene Massen entfernt sind, liegt an seinem Dach die Dura im Umfange einer Linse frei. Sie erscheint grau-grünlich gangränös

Digitized by Google

verfärbt, und beim Eingehen mit der Sonde fliesst neben dieser etwas Eiter hervor. Die Sonde dringt etwa 1 cm in die Hirnsubstanz ein. Eine darauf etwa 1,5 cm tief vorgenommene Incision lässt weiter keinen Eiter austreten. Die Dura wird nach hinten und oben, bis sie gesund aussieht, etwa im Umfang eines Zehnpfennigstückes, freigelegt. Dann wird der Rest der hinteren Gehörgangswand fortgenommen, der Kuppelraum freigemeisselt, und so die Paukenhöhle zugänglich gemacht, die mit schmierigen Granulationen erfüllt ist. Von den Knöchelchen nichts mehr vorhanden.

21. XI. Nacht unruhig, Nackensteifigkeit unverändert. Bewusstsein klar, keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen. Temp. Morgens 39,4°, Puls 123, Abends T. 40,5°.

22. XI. Pat. macht einen leidlich guten Eindruck. Sensorium vollkommen frei. Schmerzen im Nacken und Kreuz, besonders beim Liegen auf dem Rücken. Verbandwechsel: Wunde etwas trocken; an der gangränösen Stelle der Dura keine Eiteransammlung. T. 38,5°, Abends 39,6°. Puls 120.

23. XI. Allgemeinbefinden leidlich. Nackensteifigkeit unverändert. T. 37,7°.

25. XI. Nackensteifigkeit geringer; im Kreuz keine Schmerzen mehr. Wunde etwas belegt und reichlich secernierend. T. 37,1—38,2°, P. 93.

26. XI. Nachts war Pat. wieder unruhig; klagt über Kopfschmerzen; auch die Nackensteifigkeit ist mehr ausgeprägt. Ophthalmoskopisch negativer Befund. T. 38,0— 39,5°, P. 108.

27. XI. Heut fühlt sich Pat. wieder besser. Er ist reger, hat auch leidlichen Appetit. Die Wunde secerniert stark. T. 37,2—38,7°, P. 92.

28. XI. T. 36,9—38,0°, P. 112.

29. XI. Nackensteifigkeit mässig. Die freiliegende Stelle der Dura zeigt deutliche Pulsation. T. 37,2—39,6°, P. 108.

30. XI. Heftige Kopfschmerzen; — gestern Abend 2 mal Erbrechen. Nackensteifigkeit sehr ausgeprägt. — Wunde grösstenteils gut granulierend. Aus der hinteren oberen Ecke der Knochenhöhle fliesst Eiter nach. T. 39,1—39,9°.

1. XII. Heut ist kein Eiter an der Stelle wie gestern wahrzunehmen. Die freiliegende Dura pulsiert nicht. T. 39,0—40,1°.

2. XII. Befinden unverändert. T. 38,0—38,7°,

3. XII. Heute fällt auf, dass Pat. auf dem anderen Ohre schwerer hört. (Fl. 2,0, 3,9) a. O. (Heinrich), die Stimmgabeln A und C^4 fast bis zu Ende gehört (?); dabei finden sich bei der Ohrenspiegeluntersuchung keinerlei Veränderungen am Trommelfell. Pat., etwas benommen, beantwortet Fragen nur langsam. T. 39,8—39,4°.

4. XII. T. 38,9—38,4, P. 118.

5. XII. T. 37,2—37,8°. Pat. ist wieder reger.

6. XII. Fl. links 1,0 (3,2). Pat. ist munter, antwortet schnell und richtig. T. 37,8—36,3°, P. 124.

7. XII. Die Schwerhörigkeit links hat wieder abgenommen: Fl. 3,0 (3,2) 0,5 (Heinrich). T. 36,8—37,3°, P. 108.

8. XII. T. 36,5—37,8°, P. 96. L. Fl. Spr. 5,0 (3,2). Keine Kopfschmerzen; Nackensteifigkeit noch in mässigem Grade vorhanden. Wunde granuliert überall gut; auch die freiliegende Dura hat sich gereinigt.

9. XII. L. Fl. Spr. 8,0 (Paul, Hans). Von jetzt ab bleibt Pat. fieberfrei. Am 14. XII. ist jede Spur von Nackensteifigkeit verschwunden, Kopfschmerzen traten nicht wieder auf. Die Gehörprüfung an diesem Tage ergiebt auf dem linken Ohre wieder fast normales Gehör.

Am 9. II. wurde Pat. aus der Klinik mit einer kleinen granulierenden Wunde hinter dem Ohr entlassen, während die Pauke bis auf eine Stelle an der Labyrinthwand vollkommen epidermisiert war. Am 26. III. Heilung vollendet; die Wunde hinter dem Ohr vernarbt und die Knochenhöhle überall mit fester glatter Epidermis ausgekleidet. Fl. Spr. r. 2,5 (3,8). Der Knabe blieb bis Anfang Juli unter Beobachtung, ohne dass sich in der Beschaffenheit der Operationshöhle etwas geändert hätte.

30. XI. 98 Status idem, ebenso 1. III. 99.

Der ganze Verlauf des Falles spricht dafür, dass es sich um eine glücklicherweise auf den rechten Schläfenlappen beschränkte Basilarmeningitis handelte. Bemerkenswert, aber leicht erklärlich erscheint der Umstand, dass zunächst nach der Operation, bei der nur wenig Eiter abfloss, keine Besserung erfolgte, ja sogar die

Digitized by Google

Hirnerscheinungen zunahmen, und erst mit reichlicherem Abfluss des Eiters durch die Oeffnung in der Dura eine allmählige Ausheilung eintrat, und zwar unter den bei Meningitis charakteristischen Schwankungen des Bildes.

Einen besonderen Wert möchte L. auf die zuerst am 3. XII. beobachtete Schwerhörigkeit des linken Ohres legen. Da an diesem Tage bei dem Pat. eine Temperatursteigerung von 39,8° bei Benommenheit des Sensoriums notiert ist, liegt es zunächst nahe, die Schwerhörigkeit auf letztere zurückzuführen. Dieser Annahme steht jedoch die Thatsache gegenüber, dass 3 Tage später trotz Abnahme der Temperatur und bei vollkommen klarem Bewusstsein eine weitere Verschlechterung des Gehörs auf dem linken Ohr stattfand.

Auf Grund einer bereits 1863 von ihm gemachten Beobachtung, in welcher er zuerst auf die durch Meningitis hervorgerufene Schwerhörigkeit des bis dahin gesunden Ohres aufmerksam machte, hält sich L. für berechtigt, letztere event. durch eine Hyperämie im Labyrinthe zu erklären. In diesem Falle (23jähr. Arbeiter) war eine chron. Otitis media durch Ulceration der Membran des runden Fensters auf das Labyrinth und durch den Acusticus zur Hirnbasis fortgeleitet worden. Bei der 3 Tage vor dem Tode vorgenommenen Untersuchung zeigte sich das Bewusstsein noch ziemlich ungetrübt. Nach Aussage des Pat. litt er schon seit Kindheit an Schwerhörigkeit und Ausfluss aus dem rechten Ohr, links will er vorher immer gut gehört haben. Rechts bestand eitrige Mittelohrentzündung mit grossem Trommelfelldefect bei fast völliger Taubheit, links hochgradige Schwerhörigkeit bei normalem Trommelfellbefunde. Die Section ergab ausgebreitete eitrige Basilarmeningitis und Eiter im 4. Ventrikel. Rechts eitrige Labyrinthentzündung. Links zeigte sich bei vollkommen normalem Mittelohr der Acusticus am Eintritt in die Schnecke bedeutend gerötet, die Lamina spiralis wie auch das übrige häutige Labyrinth ebenfalls sehr gerötet; die Gefässe überall strotzend gefüllt; sonst keine wesentliche Veränderung.

L. glaubt, dass dieser Befund in ungezwungener Weise den Schluss erlaubt, dass auch in obigem Falle durch die rechtsseitige Meningitis in dem benachbarten Labyrinthe des anderen Ohres eine zur Schwerhörigkeit führende Hyperämie hervorgerufen wurde, welche sich allmählig mit Abnahme der lokalen und allgemeinen Erscheinungen ausglich und erst mit Eintritt der Convalescenz (9. XII.) ganz verschwand. Wenn man die Schwerhörigkeit auf dem gesunden Ohr auf Benommenheit des Sensoriums bezieht, so ist das doch nur da überhaupt berechtigt, wo Pat. auf Fragen gar nicht mehr reagiert. Andererseits kann man sich bei einiger Geduld leicht davon überzeugen, dass die Kranken selbst bei höheren Graden von Benommenheit noch sehr wohl imstande sein können, vorgesprochene Worte, wenn auch bei verlangsamter Apperception, nachzusprechen. Beispiele hierfür sind 2 in letzter Zeit von L. hierauf genau geprüfte Fälle:

1. 7jähr. Mädchen, durch ärztlichen Kunstfehler (in die Trommelhöhle gestossener Fremdkörper, trotz operativer Entfernung desselben Fortleitung der Ohreiterung durch das runde Fenster und Labyrinth zum Gehirn) verursachte Basilarmeningitis. Noch 12 Stunden vor dem Tode konnte sich L. von der vollständig normalen Function des anderen Ohres überzeugen, und bei der Section war in letzterem nichts Abnormes zu constatieren, vor Allem keine Spur von Hyperämie des Labyrinths.

Digitized by Google

2. 26jähr. Frau, welche nach der Operation eines grossen, rechtsseitigen Schläfenlappenabscesses an Pyämie zu Grunde ging. Die Section ergab ausser dem genannten Gehirnabscess Basilarmeningitis, multiple Sinusthrombose und einen metastatischen Abscess des Kleinhirns. Trotz dieser schweren Complikation war es noch bis 3 Tage vor dem Tode möglich, die vollständig normale Function des anderen Ohres festzustellen. Bei der Section zeigte es sich ebenfalls durchaus normal; auch hier keine Labyrinth-Hyperämie.

Dieser Fall veranlasst L., auch die Frage der „gekreuzten Taubheit“ zu berühren. Jedenfalls zeigt er, wie viele andere ähnliche Fälle, dass selbst bei sehr grossem Schläfenlappenabscesse eine centrale Taubheit auf dem „gekreuzten Ohre“ nicht stattzufinden braucht. Die von Salomon und Eulenstein beschriebenen und in diesem Sinne gedeuteten Fälle von Schwerhörigkeit auf der anderen Seite besitzen nicht genügende Beweiskraft. Auch scheint diese gekreuzte Taubheit theoretisch eine keineswegs eindeutige zu sein. So meint z. B. Oppenheim: „Wir wissen jetzt, dass der Acusticus jeder Seite in Beziehung zu beiden Hörsphären tritt, sodass die Erkrankungen, welche das Hörcentrum einer Seite schädigen oder ausschalten, keine wesentliche und vor Allem keine anhaltende Schwerhörigkeit bedingen. Dementsprechend ist denn auch in einer Reihe gut beobachteter Fälle von Abscessen des Schläfenlappens jedwede Hörstörung auf dem Ohr der anderen Seite vermisst worden.“

L. will diese wichtige Frage hier nicht weiter discutieren und möchte nur noch darauf aufmerksam machen, dass in manchen Fällen von otitischem Schläfenlappenabscess, der bekanntlich so häufig mit Meningitis verbunden ist, die auf dem Ohre der gesunden Seite zu beobachtende Schwerhörigkeit sich wohl in einfacher Weise durch eine Hyperämie im Labyrinth erklären lässt. Es kam ihm hier hauptsächlich darauf an, auf die diagnostisch-prognostische Bedeutung dieser Erscheinung, insbesondere bei otitischer Meningitis hinzuweisen und die Anregung zu geben, in einschlägigen Fällen stets beide Ohren genau zu untersuchen.

---

184) **H. Schloffer.** Tiefsitzende Hirnläsion unter dem Bilde der Meningealblutung.

(Aus der chirurg. Klinik in Prag.)

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 22/23.)

Im Anschlusse an eine früher von ihm mitgeteilte Beobachtung aus der Wölfler'schen Klinik, bei der es sich um eine traumatische Blutung innerhalb der weissen Hirnsubstanz handelte, aber anfänglich ein Hämatom der Arter. meningea media vorgetäuscht wurde, berichtet jetzt S. über eine 2. ähnliche Beobachtung. In dem früheren Falle war wenige Stunden nach einem Trauma ohne nachweisbare Schädelverletzung Hemiplegie eingetreten und wegen der Annahme eines Hämatoms der Dura die Trepanation vorgenommen worden. Aus dem Umstande, das sich hierbei das erwartete Hämatom nicht vorfand, und aus der genauen Analyse des Falles und seines Verlaufes resultierte die Annahme, dass es sich um eine Blutung in der Gegend der Capsula interna gehandelt haben muss, dass also einer jener seltenen Fälle vorlag, wodurch ein Schädeltrauma lediglich eine Läsion in der Tiefe der Hirnsubstanz hervorgerufen wurde. Was diesem Falle noch

Digitized by Google

besonderes Interesse verlieh, ist der Umstand, dass der Pat. am Leben blieb, obwohl bekanntlich traumatische Blutungen in der Tiefe der Hirnsubstanz sonst fast ausnahmslos zum Tode führen.

Nun behandelte S. im Sommer 1898 folgenden Fall:

Einem 6 1/2 jähr. Bauernsohn fiel am 30. VIII. 98 eine an der Wand lehnende, schwere Egge auf den Kopf, wobei der Knabe unter diese zu liegen kam. Er wurde sofort hervorgezogen und blieb, auf die Beine gestellt, kurze Zeit ohne Unterstützung stehen. Aber bevor er noch zu sprechen oder zu weinen begonnen hatte, kam Blut aus Mund und Nase, und gleich darauf stürzte das Kind wieder zu Boden. Von da an soll es nun ununterbrochen völlig bewusstlos gelegen haben. Der Arzt gab den Pat. anfangs verloren. Am 11. IX. kam er in die Klinik.

Normal entwickelter Knabe, bis zum Scelett abgemagert. Die Untersuchung des Herzens, der Lungen, des Harns ergab normale Verhältnisse. Am linken Margo supraorbitalis, etwas nach aussen von der Mitte desselben, liess sich eine Knochenfractur mit geringer, aber deutlicher Diastase der Bruchränder nachweisen und gegen die Schläfe hinziehend ca. 3 cm weit verfolgen. Weichteile über der Fracturstelle, namentlich das linke Oberlid, blutig suffundiert und stark geschwollen. Links vollkommene Ptose. Der Knabe war fast völlig bewusstlos, auch auf starkes Anrufen reagierte er nicht; nur wenn Gegenstände an seine Lippen gebracht wurden, öffnete er den Mund. Er nahm flüssige Nahrung und schluckte sie anstandslos. Auf starke Hautreize erfolgten Abwehrbewegungen zunächst nur mit den linken Extremitäten. Bei näherer Untersuchung liess sich feststellen, dass der rechte Arm völlig gelähmt war, mit dem linken Beine aber gelegentlich geringfügige Bewegungen in allen Gelenken ausgeführt wurden. Es bestand rechtsseitige Facialisparese; die Lidspalte wurde im Schlafe nur unvollkommen geschlossen. Die Patellarreflexe fehlten beiderseits, die Pupillen waren beiderseits erweitert und starr; linke Pupille weiter als die rechte, und zwar maximal dilatiert. Sensibilität unverändert. Puls 80. Pat. liess den Urin unter sich.

In den nächsten Tagen änderte sich der Zustand fast gar nicht. Die Patellarreflexe kehrten ja wieder und die Pulsfrequenz wurde etwas geringer, das Sensorium schien sich auch ein wenig zu bessern, insofern Pat. nun auch gelegentlich auf lautes Anrufen hin den Mund zur Nahrungsaufnahme öffnete, hin und wieder auch unarticulierte, jammernde Laute ausstiess. Die Lähmungen blieben so gut wie unverändert, vielleicht mit ganz geringer Wendung zur Besserung: an der rechten oberen Extremität wurden nämlich gelegentlich Spuren von Bewegung wahrgenommen, und auch die Facialisparese erschien etwas geringer, die Bewegungen im rechten Bein etwas ausgiebiger. Mit einem Rückgang der Schwellung über dem linken Auge verringerte sich auch die Ptosis daselbst. Stuhl und Urin liess Pat. unter sich.

Es lag also ein Symptomencomplex vor, der mit ziemlicher Sicherheit auf Hämatom der Arter. meningea media über der linken Hemisphäre schliessen liess. Wahrscheinlich war ja wohl auch, dass gleichzeitig eine Schädelbasisfractur vorlag, aber durch dieselbe war doch nur ein Teil der Symptome erklärt. Für die Annahme einer Meningealblutung sprach neben der Bewustlossigkeit und der Pulsverlangsamung die Halbseitenlähmung mit vorwiegender Beteiligung des Armes, die im Anschluss an das Trauma aufgetreten war. Unterstützt wurde diese Annahme durch die anamnestische Angabe, dass nicht sofort nach dem Trauma die Bewusstlosigkeit und die Lähmungen sich eingestellt hätten, sondern dass der Kranke noch kurze Zeit ohne Unterstützung stehen konnte. Mit einem solchen Hämatom in Einklang zu bringen war schliesslich auch die Starre und Erweiterung der Pupillen und der Umstand, dass die linke Pupille weiter war, als die rechte. Denn da wegen der rechtsseitigen Hemiplegie das Hämatom über der linken Hemisphäre zu erwarten war, stimmte dies mit der Aufstellung von Hutchinson überein, der darauf hinwies, dass bei einem Uebergreifen des Extravasats auf die Gegend der Schädelbasis durch directen Druck desselben auf den Oculomotoriusstamm eine solche Pupillenerweiterung auf der Seite des Extravasats bei Meningealblutungen häufig zu beobachten ist.

S. entschloss sich also am 16. IX. zur Trepanation. In 1 1/2 stündiger Chloroformnarkose wurde zunächst links ein Wagner'scher Haut-Periost-Knochenlappen von 6 cm Breite und 7 cm Höhe gebildet, dessen Basis 1 cm über dem Jochbogen lag und bis an den oberen Ansatz der Ohrmuschel heranreichte. Die Dura zeigte sich völlig intakt und nicht die Spur eines Blutextravasats zwischen ihr und dem Knochen. Sie war nicht vorgewölbt, und unter ihr nahm man pulsatorische

Digitized by Google

Bewegungen des Gehirns wahr. Ein kleiner in der Gegend des corticalen Armcentrums in der Gegend der Dura angelegter Schlitz zeigte die dort völlig normale Hirnoberfläche. Der Schlitz wurde durch feine Nähte geschlossen, der Lappen wieder in seine normale Lage gebracht und durch Weichteilnähte in derselben fixiert.

Dieser Befund legte die Vermutung nahe, dass das Hämatom möglicherweise auf der rechten Seite über der rechten Hemisphäre sass. Denn bekannt ist ja, dass, wenn auch in seltenen Fällen, die Läsion einer Grosshirnhemisphäre nicht Lähmungen der gegenüberliegenden, sondern derselben Seite hervorrufen kann, und es sind auch schon einige Fälle bekannt, wo gerade bei Meningealblutungen die Seite der Lähmungen und die des Hämatoms übereinstimmten. S. legte deshalb nunmehr auch die Dura auf der anderen Seite frei. Es wurde ein viereckiger osteoplastischer Lappen an der correspondierenden Stelle gebildet, der die Dimensionen von 5 und $5\frac{1}{2}$ cm hatte. Auch hier fand sich keine Spur eines Blutextravasats, und nach Eröffnung der Dura zeigte sich intakte Hirnrinde. Auch hier daher wieder Fixation des Lappens.

Das Befinden des Pat. nach der Operation war ein andauernd gutes. Die Temperatur war stets normal. Gleich nach der Operation machte sich eine erhebliche Steigerung der Pulsfrequenz (130) bemerkbar; am nächsten Tage betrug sie 120, und das Sensorium erschien etwas freier. Es erfolgten öftere und ausgiebigere Bewegungen mit dem rechten Bein, als früher, fast mit derselben Energie, wie mit dem linken. Patellarreflexe links lebhaft, rechts schwächer. Facialisparese geringer, als in den letzten Tagen. Das rechte Auge wurde im Schlafe vollkommen geschlossen.

Aber der rechte Arm war noch fast vollkommen gelähmt. In den nächsten Tagen betrug die Pulsfrequenz im Schlafe zwischen 82 und 108, das Sensorium wurde zusehends freier. Hautreize wurden nun mit ausgiebigen Bewegungen, mit Zeichen und Lauten des Unwillens beantwortet. Am 23. IX., also 1 Woche nach der Operation, war die Facialisparese und die des Beines zum grössten Teile zurückgegangen; die Armlähmung aber bestand noch fast unverändert fort. Aber schon wenige Tage später war das Sensorium so frei, dass der Kranke seinen Vater an der Stimme erkannte, dass er über Aufforderung Harn liess oder Nahrung nahm. Der Appetit war ein reger, auch feste Nahrung wurde jetzt genossen. Die Verhältnisse an den Pupillen blieben unverändert. Die linksseitige Ptosis verringerte sich mit dem Rückgange der Schwellung der Lider zusehends; ebenso besserten sich die Parese des Facialis und des Beines, sodass Pat. Anfang October mit Unterstützung bereits die ersten erfolgreichen Gehversuche anstellen konnte. Mit der Rückkehr des Bewusstseins liess sich feststellen, dass vollkommene Blindheit bestand und dass eine anscheinend rein motorische Aphasie vorlag. Eine geringfügige Herabsetzung des Hörvermögens links ging in wenigen Tagen vorüber. Mitte October war die Facialisparese fast ganz behoben, ebenso die des Beines. Der Arm konnte bis zur Horizontalen gehoben werden. Geringe Bewegungen im Ellbogengelenk waren möglich, aber im Hand- und in den Fingergelenken zeigte sich noch keine Beweglichkeit. Die Intelligenz schien völlig intakt zu sein. Der Pat. verstand zu dieser Zeit schon alle an ihn gerichteten Fragen, er konnte sich tastend zurechtfinden, erkannte nach der Stimme Menschen etc., aber er antwortete auf Alles immer „Dodo“. Die Augenspiegeluntersuchung ergab vollständige Atrophie beider Nervi optici. Die Augenmuskelbewegungen waren fast vollständig aufgehoben, die Pupillen gleich weit und starr.

In der Folgezeit änderte sich der Zustand insofern, als das Bein Mitte December bereits völlig wiederhergestellt und die Facialisparese so gut wie verschwunden war. Aber erst Anfang December begann die Sprachstörung anfangs langsam, später rascher zurückzugehen. Es zeigte sich, dass thatsächlich rein motorische Aphasie vorlag. Im Laufe von 3 Monaten war auch sie vollständig behoben. Die Parese des Arms hat sich seit Anfang März gar nicht mehr verändert. Der Arm wird im Schulter- und Ellbogengelenk in normaler Excursion bewegt, im Ellbogengelenk mit verminderter Kraft; Bewegungen im Handgelenk sehr eingeschränkt, in den Fingergelenken fast aufgehoben (elektrische Erregbarkeit der Muskulatur normal). Die Facialisparese ist nur noch in einem etwas verminderten Widerstande, den das rechte Oberlid bei festem Lidschluss dem Oeffnen der Lider entgegensetzt, angedeutet. Die neuerliche ophthalmoscopische Untersuchung (Ende April 1899) ergab nun, dass am rechten Auge eine ganz geringe Spur von Sehvermögen erhalten ist, insofern, als starke Contraste zwischen Licht und Dunkel unterschieden werden. Vom rechten Auge aus kann auch durch

Digitized by Google

Lichteinfall geringe beiderseitige Pupillenreaction ausgelöst werden. Der Ernährungszustand des Kranken ist seit Monaten der denkbar beste.

Das Interesse dieses Falles knüpft sich vorwiegend an die Thatsache, dass trotz der ausgesprochen vorhandenen Symptome der Meningealblutung eine solche Blutung doch nicht vorlag. Der gesamte Symptomencomplex, der für dieses Hämatom gang und gäbe ist, fand sich bei der Aufnahme in die Klinik vor, zum Teil allerdings compliciert durch die durch die Schädelbasisfractur bedingten Läsionen (zu denen in erster Linie wohl eine wahrscheinlich in der Gegend des Chiasmas stattgefundene Zerreissung — im Hinblicke auf die später in geringem Maasse wiedergekehrte Lichtempfindung rechts muss man annehmen, dass einige zum rechten Auge führende Fasern erhalten blieben und sich später erholt haben — beider Nervi optici gehört). Man darf daher es wohl aussprechen, dass der Symptomencomplex, den wir heute allgemein als den der Hämatome der Arter. meningea media zu betrachten gewohnt sind, nicht ausschliesslich dieser Erkrankung zukommt, sondern dass sich derselbe ausnahmsweise auch dann vorfinden kann, wenn ein solches Hämatom nicht vorliegt. Das sind allerdings sehr seltene Fälle, durch welche deshalb die Indikation zur Trepanation bei diesem Symptomencomplex in keiner Weise erschüttert wird. Denn der Effect der Trepanation bei Meningealblutungen ist ein so glänzender, dass auch der Gedanke keinesfalls von ihrer Ausführung abschrecken darf, dass vielleicht einmal ein Fall dieser Operation unterzogen wird, der einen in der Diagnose getäuscht hat, zumal diese Operation bei Beherrschung der Technik und Asepsis, wie man hier sieht, durchaus ungefährlich ist. Bei obigem Falle war sogar der Einfluss der Operation, obwohl eine eigentliche Krankheitsursache durch dieselbe nicht beseitigt wurde, offenbar ein günstiger, indem die Pulsfrequenz stieg, die Lähmungen sich besserten, das Sensorium freier wurde u. s. w. Das hängt wohl mit der Druckentlastung des Gehirns durch die Trepanationen zusammen.

Welche Fälle sind es nun, deren Symptome sich mit denen der Meningealblutung gelegentlich decken können? Durch eine Anzahl in der Litteratur niedergelegter Fälle ist sichergestellt, dass durch Schädeltraumen ohne Knochenverletzung und ohne cortikale Hirnläsion isolierte Blutungs- oder Zertrümmerungsherde in der Tiefe der Hirnsubstanz herbeigeführt werden können. Dass ein Trauma ganz umschriebene Läsionen in der Tiefe der Hirnsubstanz hervorbringen kann, geht auch aus den Fällen von „traumatischer Spätapoplexie“ hervor; es kommt in diesen längere Zeit nach einem Trauma, welches an sich nicht einmal zu den Erscheinungen der Commotio cerebri geführt zu haben braucht, plötzlich zu tötlichen Blutungen in der Tiefe der Hirnsubstanz, die offenbar dadurch bedingt werden, dass das Trauma zunächst umschriebene Erweichungsherde im Gehirn hervorruft und später an diesen Stellen eben Blutungen eintreten. Es ist nach alledem natürlich, dass durch ein Trauma gelegentlich auch ein grösserer Blutungsherd in der Gegend der motorischen Bahnen etwa im Bereiche des Stabkranzes hervorgerufen werden kann wie ein Hämatom der Arter. meningea media von bestimmtem Sitze und bestimmter Ausdehnung. Das

Digitized by Google

freie Intervall des erhaltenen Bewusstseins zwischen dem Trauma und dem Eintritte der Lähmungen kann dabei, sowie bei den Meningealblutungen, fehlen; aber es kann ebensogut auch angedeutet sein und würde sich dann klinisch vielleicht decken mit den sog. Vorboten des spontanen apoplectischen Insultes. In gleicher Weise können alle übrigen Symptome der Meningealblutung sich gelegentlich auch bei der traumatischen Apoplexie in der weissen Hirnsubstanz in derselben Ausdehnung und Anordnung vorfinden wie dort. Auch in obigem Falle ist es wahrscheinlich, dass es sich um eine solche tief sitzende Hirnblutung handelte, die jedenfalls in der Nähe der motorischen Bahnen, wahrscheinlich nahe der Hirnrinde, ihren Sitz hatte, aber dauernde Störungen nur in einem Teile der zur oberen Extremität gehörigen Bahnen hervorrief. Dass ein Blutextravasat an der Schädelbasis lediglich durch seine Druck- und Fernwirkung als Ursache für die Lähmungen aufgefasst werden könne, erscheint kaum möglich. Denn wie die Erfahrungen über den Verlauf jener Lähmungen lehren, welche durch Blutextravasate an der Hirnoberfläche hervorgerufen werden (und das sind vorwiegend die Hämatome der Meningea), gehen dieselben, wenn nicht durch das Trauma gleichzeitig eine Zerstörung motorischer Centren oder Bahnen herbeigeführt wurde, in relativ kurzer Zeit, meist innerhalb eines halben Jahres, zurück; und es wäre in obigem Falle absolut nicht einzusehen, warum die Facialis-, Bein- und Sprachlähmung völlig zurückgegangen sein, der Arm aber schwer geschädigt geblieben sein sollte, wenn lediglich der Druck eines mit der Zeit resorbierten Blutextravasates an der Schädelbasis Ursache für diese Lähmungen gewesen wäre. Mit Entschiedenheit gegen eine solche Annahme spricht auch der Umstand, dass ein Teil der Symptome, Bewusstseinsstörung und Pulsverlangsamung, zu einer Zeit vollständig behoben waren, als die Lähmungen, namentlich aber die Aphasie, noch in ziemlichem Umfange bestanden. Wären auch letztere lediglich durch den Druck eines solchen Blutextravasats bedingt gewesen, so hätte ihr Rückgang mit dem der anderen Hirndruck-Symptome doch wenigstens einigermassen gleichen Schritt halten müssen.

---

185) **Jos. Boden.** Ein Fall von Meningitis serosa bei einem Abdominaltyphus, hervorgerufen durch Typhusbacillen.

(Aus dem Augusta-Hospital zu Köln.)

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 8.)

Während einer Typhusendemie im Waisenhaus kam folgender Fall zur Beobachtung:

14jähr. Waise, am 2. X. 98 aufgenommen mit folgendem Status: Leichte Cyanose und etwas Benommenheit. Abdomen aufgetrieben und druckempfindlich. Milz nicht palpabel, Lungen und Herz frei. Temp. 40,1°, Puls 116, Zunge typhös. Pupillenreaction schlecht auszulösen. Patellarreflex am r. Bein sehr lebhaft, am l. Bein fehlte er vollständig. Fusssohlenstreichreflexe beiderseits vorhanden. Sensibilitiät gleichfalls intakt; nur die Bewegungsfähigkeit am l. Bein ungewöhnlich schwach. sodass Pat. nur mit Unterstützung gehen und stehen konnte.

Während der Nacht vom 3. zum 4. bekam das Kind einen schweren epileptischen Anfall mit Bewusstlosigkeit, beständigem Verdrehen der Bulbi, Schaum vor dem Munde, jedoch ohne klonische Krämpfe (früher nie derartige Anfälle!). Aus diesem ziemlich lange dauernden Anfalle entwickelte sich ein tiefer Sopor, der den ganzen folgenden Tag andauerte und nur zeitweise durch Aufschreien und

Digitized by Google

Umherwerfen im Bett unterbrochen wurde; erst gegen Abend besserte sich der Zustand etwas, das Sensorium wurde etwas klarer, und Pat. sprach mit leiser, ängstlicher Stimme. Während die hohe Continua (40—41°) fortbestand und die Cyanose stärker wurde, trat am zweitfolgenden Tage eine hochgradige Hypsrästhesie des ganzen Körpers auf, sodass Pat. bei leisester Berührung laut aufschrie. Dazu gesellte sich am 4. Tage eine vollständige Abducensparese und eine weniger deutliche Facialisparese linkerseits, während der Patellarreflex nun auch am r. Bein zu erlöschen begann. Daneben bestand völlige Geistesverwirrtheit bei starker motorischer Unruhe des ganzen Körpers. In der Nacht vom 4. zum 5. Tage erfolgte bei einer Temp. von 41°, 160 Pulsen und stärkster Cyanose der Exitus letalis.

Die Obduction ergab einen frischen schweren Abdominaltyphus, Ende der 1. Woche, mit markiger Infiltration der Solitär-Follikel und Peyer'schen Plaques in einer 2 ½ m langen Partie des untersten Ileums und in der Gegend der Ileocöcalklappe, ausserdem eine ausgesprochene Meningitis serosa; beim Abheben des Schädeldaches floss eine beträchtliche Menge seröser Flüssigkeit ab, in den Schädelgruben der Basis cranii fanden sich dann noch 200 ccm seröser, leicht getrübter Flüssigkeit, ebenso eine grössere Mengen in den erweiterteu Seitenventrikeln.

Die Gehirn- und Ventrikelflüssigkeit wurde bacteriologisch untersucht; auf allen Nährböden typische Reinculturen des Typhusbacillus immer mit positiver Gruber-Widal'scher Reaction.

Klinisch liess das ganze Symptomenbild — mangelhafte Pupillenreaction, epileptischer Anfall, tiefe Somnolenz, dann allgemeine Hyperästhesie, Abducens- und Facialisparese, schliesslich Erlöschen beider Patellarreflexe — durchaus an schwere Cerebralerkrankung denken, die Diagnose neigte am meisten der acuten Miliartuberculose mit vorwiegender Beteiligung des Gehirns zu. Für Typhus waren ausser der charakteristischen Zunge keine sicheren Anhaltspunkte da: Die Milz war nie palpabel, Stuhl nur 1 mal, während des epileptischen Anfalles gekommen (normaler), Diarrhöen, Roseolen etc. fehlten. Die Section zeigte, dass es sich doch um Typhus handelte, compliciert mit Meningitis serosa; letztere war lediglich hervorgerufen durch Typhusbacillen. Bisher sind 5 Fälle von „Meningitis typhosa“ bekannt, stets aber fand sich eine eitrige Meningitis. In obigem Falle liessen sich zum 1. Mal Typhusbacillen aus rein seröser Flüssigkeit züchten. Ein etwa in der Agone erst entstandenes acutes Gehirnödem muss man wohl ausschliessen, da ja intra vitam schon die schweren cerebralen Erscheinungen vorlagen, die mit Recht auf die vorhandenen pathologischen Veränderungen bezogen werden dürfen. Wahrscheinlich hat man es hier mit einer initialen Lokalisation der Typhusbacillen im Gehirn zu thun, die auf dem Blutwege zustande kam, und die Meningitis serosa stellt das 1. Stadium einer Meningitis purulenta dar, die sich gewiss, wenn Pat. länger gelebt, daraus entwickelt hätte. Jedenfalls dürfte der Fall geeignet sein, auf die vielleicht etwas allzu einseitig von den Toxinen beherrschte ätiologische Auffassung der schweren cerebralen Formen, der Initialdelirien und Psychosen des Typhus einiges Licht zu werfen.

---

186) **A. Kocher.** Ueber eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injectionen.

(Aus der chirurg. Klinik in Bern.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 22.)

Nachdem von Frankreich aus, im Pasteur'schen Institut, festgestellt worden war, dass intracerebrale Injectionen von

Digitized by Google

Tetanusantitoxin viel wirksamer sind, als subkutane, lag es nahe, diese experimentell gewonnene Erfahrung auch beim Menschen zu verwerten. K. teilt aber das Folgende nicht zur Unterstützung der Wirkung des intracerebral injicierten Antitoxins mit, sondern lediglich um darzuthun, wie einfach eine intracerebrale Verabfolgung von Serum geschehen kann.

Bei einem im Januar 1899 in der Kocher'schen Klinik aufgenommenen Tetanusfall wurde noch am selben Tage auf folgende Weise eine Injection von 5 ccm Tetanusantitoxin gemacht. Nach Abrasieren der Haare und Reinigung der vorderen Hälfte der Kopfhaut wurde mit dem Kraniometer die Stelle zur Injection in dem vorderen Abschnitt des Seitenventrikels bestimmt. Es ist dies die Stelle vor der Präcentralfurche in der Höhe des Sulcus zwischen oberer und mittlerer Stirnwindung oder an der Schädeloberfläche die Stelle $2^1/_2$—3 cm lateral vom Bregma; von dieser Stelle gelangt man am besten in den Ventrikel unter Vermeidung der motorischen Centren. Es wurde an der Stelle eine subkutane Injection einer 1 $^0/_0$ igen Cocainlösung gemacht, danach ein Drillbohrer senkrecht auf die Stelle aufgesetzt, die Haut und Galea einfach durchstossen und der Knochen durchgebohrt (bei gut spielendem Instrument fühlt man sofort, wenn der Bohrer durch die Vitrea durchgedrungen ist, und kann sofort anhalten). Der Bohrer wurde dann genau in der Richtung des Bohrlochs herausgezogen und der Spitzenansatz durch die Bohröffnung eingeführt und 5—6 cm in die Hirnsubstanz eingestochen, darauf langsam injiciert. Nachher einfaches engl. Pflaster als einziger Verband. Am nächsten Tage wurde die gleiche Procedur auf der anderen Seite wiederholt. Während beider Eingriffe war der Pat. durchaus ruhig und schmerzfrei; es trat auch nachher absolut keine Erscheinung von Seiten des Gehirns auf. Die Injection gestaltete sich also ganz wie eine einfache Punction an beliebiger Stelle und kann ruhig auch vom prakt. Arzte ausgeführt werden.

Der Fall selbst war folgender:

Ein 12jähr. Knabe verletzte sich am 7. I. 99, indem er mit dem rechten Fussballen in einen Nagel trat; letzterer stak in einem hölzernen Brett, das auf Wiesengrund lag, und drang durch die Schuhsohle ungefähr $1^1/_2$ cm in die Muskulatur ein. Die Wunde verband man 3 Tage mit Katzenfett, worauf sie geheilt war und Pat. ohne Beschwerden herumging. Am 22. I. traten Schluckbeschwerden mässigen Grades auf, welche nach 2 Tagen wieder verschwanden. Am selben Tage merkte Pat., dass er den Mund nicht mehr gut öffnen konnte. Diese Kiefersperre nahm in den nächsten Tagen zu, am 24. I. erfolgte die Aufnahme.

Pat. zeigte schon Risus sardonicus und deutlich spastischen Gang. Gesicht verzerrt; Corrugator stark contrahiert, Lidspalten eng. Zahnreihen können mit Anstrengung 7 mm von einander entfernt werden, activ kann der Kopf nicht gehoben werden, passiv nur mit Mühe, nicht bis zur Berührung des Kinns mit dem Sternum. Bauchmuskelns tark gespannt. Inscriptiones tendineae gezeichnet. Sacrolumbalis stark gespannt, ebenso Latissimus, Beine und Arme frei. Reflexe stark gesteigert, starker Schweiss am ganzen Körper. Temp. 37,2°, Puls 120. Es wird in oben angegebener Weise 5 g Tetanusantitoxin in den rechten Seitenventrikel injiciert, die durch einen schwarzen Punkt gekennzeichnete Verletzungsstelle am Fuss mit dem Thermokauter ausgebrannt; sonst keine therapeutischen Masnahmen. Während der Nacht ist Pat. ziemlich ruhig, Status am Morgen gleich, Temp. normal. Am Vormittag ein kurzer Anfall stärkerer Contraction der Nacken-, Rücken- und Bauchmuskulatur. Gegen Mittag nimmt die Spannung dieser Muskeln zu, die Oberschenkelmuskulatur ist jetzt mitbeteiligt. Am Morgen und Abend erhält Pat. eine intravenöse Injection von Tetanusantitoxin, je 20 ccm. Abend-

Digitized by Google

temp. 38,4°, Puls 110. In der darauffolgenden Nacht treten 4 Anfälle von sehr kurzer Dauer auf, welche auch die Muskulatur beider Beine ergreifen. Gegen Morgen häufigere Anfälle, nahezu alle 10 Minuten, Morgentemperatur 39,3°; es wird dann die 2. intracerebrale Injection in den linken Seitenventrikel gemacht, 5 ccm; zugleich wird noch intravenös 50 ccm Serum injiciert. Bis Mittag halten die Anfälle in gleicher Intensität jetzt fast alle 5 Minuten an. Pat. erhält jetzt 1 ccm Chloralhydrat. Nachmittags Abnahme der Anfälle an Intensität und Häufigkeit. Pat. erhält noch mehrmals Chloralhydrat und Morphium. Abendtemp. 39.5°. Während der Nacht noch ½ stündlich ein Anfall. Am 27. seltenere Anfälle, Temp. 38,4°, Puls 110. Keine Medicationen mehr. Die betroffenen Muskelgebiete stets gleich straff gespannt, am Oberschenkel keine Spannung mehr. Am 28. keine Anfälle mehr. Die bis jetzt stark erhöhten Reflexe sind wieder fast normal. Am 29. ist Pat fieberfrei. Die Spannung der Muskeln nimmt ab, der Mund kann 2½ cm weit geöffnet werden. Keine Anfälle. Am 31. noch 2 kleine Anfälle ohne Temperaturerhöhung. Spannung der Bauchmuskeln noch stark, übrige Gebiete bedeutend weniger gespannt. Pat. bleibt dauernd anfallsfrei. Nach 8 Tagen besteht nur noch geringe Kiefersperre und Spannung der Bauchmuskeln. Nach 3 Wochen vollständige Heilung.

Die etwas lange Incubationsdauer, das langsame Auftreten der Erscheinungen und namentlich das Freibleiben der Atem- und Schluckmuskulatur charakterisieren den Fall als einen leichteren. Es mag somit bezweifelt werden, ob wirklich die Seruminjection die Heilung bedingt habe. Freilich wurden die 3 letzten Tetanusfälle im Spital, sämtlich intracerebral injiciert, geheilt, bei einem bestanden schon Atemkrämpfe.

---

187) **H. Wolf.** Zur Klinik der Kleinhirntuberkel.

(Aus Monti's Kinderhospital in Wien.)

(Archiv f. Kinderheilkunde 1899 Bd. 26 Heft 5/6.)

Folgender Fall konnte 13 Monate lang beobachtet werden und ist schon deshalb interessant, weil bei ihm 17 mal die Punktion des Rückenmarkskanals vorgenommen wurde.

7jähr. Mädchen, aufgenommen am 10. III. 97. 2. Kind gesunder Eltern; 2 Geschwister gesund. Pat. soll im 1. Lebensjahre eine fieberhafte Krankheit überstanden haben, sonst bis vor 3 Jahren gesund gewesen sein. Zu dieser Zeit erkrankte sie an häufig sich wiederholenden Kopfschmerzen. Vor etwa 1 Jahre wurde sie, im Anschluss daran, von Ohnmacht befallen; sie hielt die Zähne fest aufeinander gepresst, gleichzeitig traten Zuckungen der linksseitigen Körperhälfte auf. Nach dem Erwachen Verlust der Sprache. Es blieb auch eine Schwäche der linken unteren Extremität zurück, welche beim Gehen nachgeschleppt wurde. Der linke Arm wurde besonders bei Aufregungszuständen „verdreht" gehalten. Während die Aphasie im Laufe von 2 Monaten sich allmählich besserte, wurde die Motilität eine immer mangelhaftere. Es stellten sich Contracturen beider unteren Extremitäten ein und die linke obere Extremität wurde häufiger und anhaltend von Krämpfen befallen. Seit den letzten 3 Monaten kann das Kind weder gehen noch sitzen. Das Erbrechen, das sich immer gleichzeitig mit dem Kopfschmerz einstellte, stürmisch und wiederholt, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, erfolgte, hat seit 2 Monaten sistiert. Seit dieser Zeit aber Incontinentia urinae et alvi. Vor 5 Wochen vollständige Erblindung.

Status praesens: Seinem Alter entsprechend grosses Kind, ziemlich intelligent. Allgemeine Decke blass, Fettpolster dürftig, Muskulatur stellenweise atrophisch. Schädel rhachitisch, sonst keine auffallenden Spuren überstandener Rhachitis. Stirn im Verhältnis zum Hinterkopfe sehr schmal, asymmetrisch, und zwar zu Gunsten der linken Seite. Diastase der Nähte zwischen Parietale und Frontale, beide durch 1 cm breiten fluctuierenden Spalt von einander getrennt. Kopfumfang 57 cm, sagittaler Durchmesser 32, frontaler 33 cm. Bewegung des Bulbi nach allen Richtungen frei. Vollständige Amaurose. Pupillen weit, leicht

Digitized by Google

excentrisch, reagieren nicht. Atrophia nervi optici utriusque ex neuritide. Facialis und Trigemieus intakt. Pat. in Rückenlage, Hüft- und Kniegelenke gebeugt, nach links gelagert. Rechter Arm im Verhältnis zum linken atrophisch (1 cm Unterschied). Linke Hand im Handgelenk gebeugt, ulnarwärts torquiert, Finger in Krallenform; dieser Krampfzustand andauernd, zeitweise athetotische Bewegungen an dieser Hand; zuweilen lässt sich der Zustand überwinden, und die Hand erhält bis auf geringe Beugung der Finger normale Stellung. Pronation und Supination wegen sich einstellender Krämpfe schwer ausführbar. Mässige Atrophie der Interossei beiderseits. Active Elevation des rechten Armes erhalten, links eingeschränkt. Passive Beweglichkeit frei. Streckung des Oberarms wegen Spasmus der Antagonisten nicht möglich. Hochgradige Adynamie beider oberen Extremitäten, besonders der linken. Sehnenreflexe erhalten. Untere Extremität im Hüft- und Kniegelenk gebeugt, im Sprunggelenk hochgradig plantar flectiert. Füsse leicht cyanotisch, kühl, besonders rechts sich ödematös anfühlend. Zehen krampfhaft gebeugt. Dorsalflexion der Füsse wegen spastischer Contractur der Wadenmuskulatur sehr erschwert. Streckung im Hüftgelenk wegen Contractur des Psoas und Vasti nicht durchführbar; eine weitere Beugung im Hüftgelenke möglich. Untere Extremitäten gleichmässig atrophisch. Sensibilität für tactile und thermische Empfindung am ganzen Körper erhalten. Ataxie der oberen Extremitäten, Intentionszittern. Muskelsinn etwas herabgesetzt; Gehör, Geruch, Geschmack nicht gestört. Verlangsamte Sprache. Puls und Atmung normal, ebenso die inneren Organe.

In der Folgezeit war Pat. zeitweise von den heftigsten Kopfschmerzanfällen geplagt, die sich therapeutisch nicht beeinflussen liessen und Nachts besonders intensiv waren. Mitunter traten allgemeine Körperkrämpfe, bald eine nicht überwindbare tonische Nackenstarre auf. In den schmerzfreien Pausen war das verhältnismässig intelligente Kind heiterer Laune. Es besass eminente Schärfe der Gehörperception und sehr gutes Gedächtnis. Gegenüber lauteren Geräuschen war es ausserordentlich empfindlich, schrie jäh auf.

Während der Dauer eines Jahres änderte sich an dem Zustande ausser der stets zunehmenden Abmagerung und Volumzunahme des Kopfes nichts. Vom 27. VII. 97 bis Ende März 1898 wurde 17 mal lumbalpunctiert und in toto 580 g Liquor cerebrospinal. genommen. Die Operation hatte immer den gleichen Effect: die Kopfschmerzen schwanden, die Krämpfe waren von kürzerer Dauer, statt Verdriesslichkeit stellte sich Euphorie ein. Die Flüssigkeit war stets wasserklar, beim Stehen bildeten sich Gerinnsel; Eiweissmenge 1—2 pro mille.

Anfang April 1898 stellte sich erst vorübergehende Somnolenz, allmählich andauernder Sopor ein. Puls und Atmung wurden unregelmässig. Es trat vollständige Facialisparalyse hinzu. Unter tiefem Coma Tod am 7. V.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll: Dura mater überall an das Schädeldach adhärent, die Nähte zeigen leichte Diastasen. Beide Grosshirnhemisphären stellen schlaffe, collabierte Säcke dar. Die Meningen an der Convexität blutarm, an der Basis, vornehmlich in der Umgebung des Chiasma nervi optici und in den Sylvischen Gruben graugelblich sulzig infiltriert und längs der Gefässe von einzelnen Knötchen durchsetzt. Beide Nn. optici am Durchschnitte grau. Rechte Kleinhirnhemisphäre mit der Dura des Tentorium und der hinteren Schädelgrube so fest verwachsen, dass das Kleinhirn nur unter Mitnahme der Dura aus der Schädelhöhle herausgenommen werden kann, zu einem unförmlichen, derben, fast mannsfaustgrossen Tumor umgewandelt. Pons ist nach links verdrängt, seine rechte Hälfte stark abgeplattet und seitlich zusammengedrückt. Auf dem Durchschnitt erscheint fast die ganze rechte Kleinhirnhemisphäre von käsig gelben Massen substituiert, die deutlich geschichtet sind, und deren pheriphere Zone von saftigem, graurötlichem Granulationsgewebe mit deutlichen, graugelben Knötchen gebildet wird. Gehirnhäute allenthalben mit dem Tumor verwachsen. Austretende Gehirnnerven sämtlich frei. Rechte Hälfte der 4. Gehirnkammer von durch den Tumor vorgewölbten Geschwulstmassen ausgefüllt. Seitenventrikel enorm hydrocephalisch ausgedehnt, Ependym leicht verdickt, grosse Stammganglien platt gedrückt. Im Hinterhauptslappen der rechten Grosshirnhemisphäre ein hasselnussgrosser verkäster Tuberkel. Linke Lunge frei, lufthaltig, rechte im Bereich des Oberlappens leicht bindegewebig angewachsen, im Gewebe dementsprechend Gruppen von grauen und gelben, zum Teil confluierenden Knötchen und eine haselnussgrosse Caverne mit käsig zerfallenen Rändern. Bronchialschleimhaut geschwollen und gerötet, bronchiale Lymphdrüsen zum Teil taubeneigross und verkäst. — Obductionsdiagnose: Tuberculum solitar. enormis magnitud. hemisphaer. dextr. cerebelli c. hydrocephalo chron. intern., Meningitis basilar. tuberc. acuta, Tuberc. pulmon. d. et gland. bronch.

Digitized by Google

Ausser diesem selbstbeobachteten unterzieht W. noch 21 ähnliche Fälle aus der Litteratur einer genaueren Betrachtung. Unter diesen fand sich der Tumor 8mal in der rechten Hemisphäre, 4mal in der linken, 4mal im Wurm und beiden Kleinhirnhemisphären, 2mal im Wurm allein, 1mal im Wurm und l. Hemisphäre, 1mal im r. Pedunculus cerebelli, 1mal in der r. Hemisphäre und Pedunculus; 1mal fehlt die Angabe über den Sitz.

1. Tuberkel in der rechten Kleinhirnhemisphäre (8 Fälle):

In dieser Gruppe sind Kopfschmerzen und Erbrechen die constantesten Symptome; 2mal wird der Kopfschmerz ins Hinterhaupt verlegt. Als weitere Symptome findet man: Schwankender, taumelnder Gang 4mal (1mal nach rückwärts und links), Dilatation der Pupillen 5mal, Ptosis links 2mal, Nystagmus 2mal, Ungleichheit der Pupillen 3mal (die linke weiter), Strabismus 3mal, Neuritis optica 3mal, Convulsionen 4mal (2mal links), Opisthotonus 1mal, Parese 1mal (linker Arm), Contracturen 2mal, Sprachstörungen 2mal. Nur in 1 Falle machte der Tumor keinerlei Erscheinungen, doch mag die Jugend des Pat. (23täg. Säugling) Schuld daran tragen, dass dem Beobachter manches entging. Bei diesem Kinde fand man ausser dem Gehirntuberkel alle Organe frei von Tuberkulose, in 2 Fällen fehlte die eingehende Obduction, 5mal waren beinahe sämtliche Organe tuberkulös erkrankt.

2. Tuberkel der linken Kleinhirnhemisphäre (4 Fälle):

Symptome ausser Kopfschmerzen und Erbrechen noch taumelnder Gang 2mal, Dilatation der Pupillen 1mal, träge Reaction der Pupillen 2mal, Amaurose (Atrophia nervi optici) 1mal, Strabismus 1mal, Convulsiones 2mal (1mal linksseitig), Hemiplegie 1mal (rechts), herabgesetzte Sensibilität 1mal, Sprachstörungen 2mal, Herabsetzung der Gehörsperception 1mal, Contracturen 2mal. Bei der Obduction fand man 2mal Mening. tub. und Tuberkulose anderer Organe.

3. Tuberkel des Wurms und beider Hemisphären (4 Fälle):

Ausser Erbrechen und Kopfschmerzen (1mal in der Schläfengegend) noch Amaurose (Atrophia nervi optici) 1mal, Dilatation der Pupillen 1mal, Strabismus 1mal, taumelnder Gang 1mal, Convulsionen 2mal, Schwindel 1mal, Contracturen, Opisthotonus, Abnahme des Hörvermögens. 1 Fall bot Erscheinungen wie bei Meningitis tuberculosa. Bei der Obduction 1mal Tuberkulose der Lungen, 2mal Lymphdrüsentuberkulose.

4. Tuberkel des Wurms (2 Fälle):

Kopfschmerzen, Pupillenenge, Ungleichheit der Pupille (links weiter), Strabismus beide Male, ebenso Contracturen, ferner Convulsionen, Parese (rechter Arm). 1mal Tuberkulose fast sämtlicher Organe.

5. Tuberkel des Wurms und der linken Hemisphäre (1 Fall):

Strabismus, Amaurose (Neuritis optica), taumelnder Gang, Spasmen (untere Extremitäten), Convulsionen, Opisthotonus.

6. Tuberkel des rechten Pedunculus cerebelli (1 Fall):

Kopfschmerzen und Erbrechen, Empfindlichkeit der Hals- und oberen Brustwirbel, Schiefhaltung des Kopfes, Dilatation der Pupillen,

Digitized by Google

Strabismus, Convulsionen. Es bestand noch Tuberkulose der Lungen, Bronchialdrüsen, des Pericards.

7. Tuberkel der rechten Hemisphäre und Pedunculus (1 Fall):

Es wurden nur die Symptome der gleichzeitig vorhandenen Meningitis tuberculosa wahrgenommen; bis zum Eintritte dieser keinerlei krankhafte Erscheinungen. Obductionsbefund: Allgemeine Miliartuberkulose.

Das Studium dieser Fälle lässt folgende Schlüsse zu: Es können im Kleinhirn Tuberkel vorhanden sein, ohne krankhafte Erscheinungen hervorzurufen. Demzufolge sind wir niemals in der Lage, bestimmt die Krankheitsdauer im Einzelfalle zu constatieren, da bis zum Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen das Leiden latent bestehen konnte. In der Mehrzahl der Fälle findet man neben Gehirntuberkulose auch andere Organe tuberkulös erkrankt. Die aufgezählten Symptome treten in keiner bestimmten Reihenfolge auf; sie lassen auch keinen Schluss auf genauere Lokaldiagnose zu. Die bisherige Erfahrung spricht dafür, dass das Kleinhirn ein einheitliches Organ ist und seinen einzelnen Teilen keine verschiedenen Functionen zukommen.

Was nun die Lumbalpunction anbetrifft, so wurde im obigen Falle nie eine schädliche Folge bemerkt, im Gegenteil brachte der Eingriff dem Pat. entschieden immer Erleichterung.

---

188) **L. Bruns.** Ueber die Schwierigkeiten, bei einem Tumor des Kleinhirns die Seite seines Sitzes zu bestimmen.

(Neurolog. Centralblatt 1899 No. 11.)

B. sprach über das Thema in der 34. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens (6. V. 99) an der Hand einer klinischen Beobachtung und des dazugehörigen Sectionsbefundes.

Die Diagnose ist nur dann sicher, wenn neben Kleinhirnsymptomen einseitige Hirnnervenlähmungen, besonders des Nervus V, VII und VIII bestehen oder noch besser, wenn diese vor den Kleinhirnsymptomen schon bestanden haben; ferner wenn sich eine Hemiplegia alternans findet, wobei der Tumor dann auf der Seite der Hirnnervenlähmungen sitzt, oder schliesslich bei einer Blicklähmung, die ebenfalls nach der Seite des Tumors eintritt. Eine einfache Hemiplegie kann für den Sitz des Tumors nicht sicher entscheiden. Erstens scheint nach Luciani u. A. die Erkrankung einer Kleinhirnhemisphäre an sich schon Hemiparese bedingen zu können; es ist aber noch nicht sicher, ob gleichseitige oder gekreuzte, und ob mit gesteigerten oder fehlenden Sehnenreflexen. Zweitens kann ein Kleinhirntumor die Brücke auf seiner Seite comprimieren, und so, da er die Pyramidenbahn oberhalb der Kreuzung trifft, gekreuzte Lähmung mit Contractur bedingen, er kann aber auch soweit nach hinten und unten reichen, dass er die Pyramidenbahn unterhalb der Kreuzung trifft, und dann wird mit dem Tumor gleichseitige Lähmung entstehen. Dasselbe kann eintreten, wenn ein einseitiger Tumor des Kleinhirns den Hirnstamm so verschiebt, dass er zunächst die ihm gegenüberliegende Seite gegen den Knochen andrückt; der Druck trifft dann

Digitized by Google

die gegenüberliegende Pyramide vor der Kreuzung, und es tritt wieder mit dem Tumor gleichseitige spastische Lähmung ein.

So war es in B.s Falle, bei dem es sich um einen 4jähr. Knaben handelte. Nach Exstirpation einer tuberkulösen Drüse unter dem Kinne waren allmählich Hirnerscheinungen eingetreten. Bei der Aufnahme: Kopfschmerzen, Erbrechen, atrophische Verfärbung der Papille (später Stauungspapille und Amaurose), schwerste Ataxie, ausgesprochenes Schuppern, Intentionstremor beider Arme, unsichere Augenmuskellähmung; Patellarreflexe beiderseits nicht auszulösen. Allmählich im linken Arme und Beine Ataxie, dann linksseitige Parese mit Contractur und Wiederkehr der Sehnenreflexe; zu gleicher Zeit rechts Ataxie; zuletzt Lähmung mit Beugecontractur in beiden Armen und Beinen, aber nur links Patellareflexe auszulösen; beiderseits Achillesclonus, aber links viel stärker; links deutliche Herabsetzung des Gefühls, rechts unsicher. Zuletzt ausgeprägter Opisthotonus, besonders des Kopfes. Pat. nahm stets die linke Seitenlage ein.

Es war die Diagnose eines Kleinhirntuberkels der rechten Seite gestellt, weil die Extremitätenerscheinungen links begonnen hatten und bis zuletzt links stärker gewesen waren. Die Section zeigte, dass die ganze linke Kleinhirnhemisphäre in einen Tuberkel verwandelt war, der mindestens 4mal so gross war, als die rechte gesunde Hemisphäre; Pons und Medulla oblongata waren durch den Tumor stark nach rechts verschoben und rechts besonders abgeplattet. Interessant war, dass Pat. immer auf der Seite des Tumors lag, ein Umstand, den R. Schmidt neuerdings auch für die Hemisphärendiagnose verwerten will.

Aber abgesehen vom Sitz kann überhaupt die Diagnose Kleinhirntumor auch bei scheinbar typischen Symptomen unsicher sein. Es kann sich um Hydrocephalus handeln; auch dabei können halbseitige Hirnnerven und Extremitätensymptome eintreten, und diese Fälle haben schon mehrmals zu einer Operation verlockt, wobei zwar kein Tumor gefunden wurde, aber doch Besserung eintrat.

---

189) **Busse.** Ueber die embryonalen Adenosarcome der Niere.

(Münchner medic. Wochenschrift 1899 No. 12.)

Ueber dies Thema hielt B. im Greifswalder medic. Verein (4. II. 99) einen Vortrag, in dem er etwa Folgendes ausführte:

Im Kindesalter trifft man nicht ganz selten grössere Geschwülste in der Niere an, die bei der mikroscopischen Untersuchung sehr verschiedene Bilder geben. Die Structur wechselt sowohl in demselben Tumor, in den einzelnen Abschnitten, als auch noch viel mehr in den verschiedenen Geschwülsten. Deshalb sind sie von den einzelnen Autoren auch mit sehr abweichenden Namen belegt worden. Sämtliche sind Mischgeschwülste, an ihrem Aufbau beteiligen sich bindegewebige Elemente und Abkömmlinge von Drüsen. Alle die Gewebe kommen in mehr oder minder unreifer Form darin vor. So trifft man sarcomatöse Partien, Rund- oder Spindelzellen enthaltend, neben Schleimgewebe oder etwas höher entwickeltem fibrösen Gewebe. Weiterhin finden sich fast regelmässig glatte Muskelfasern in grösserer Menge, nicht selten auch quergestreifte Muskeln und Knorpelinseln.

Digitized by Google

Die epithelialen Elemente sind entweder in der Gestalt von Drüsenschläuchen mit verschieden hoch entwickelten Zellen oder in Form von Adencarcinomen vertreten. Dabei beobachtet man eine gewisse Gleichartigkeit der Ausreifung der bindegewebigen wie der epithelialen Zellen. Man sieht also die unreifen krebsigen Partien von unreifem Schleim- oder Sarcomgewebe umgeben und findet umgekehrt das reifere Bindegewebe, Muskel- und Knorpelsubstanz mit den höher entwickelten Drüsenschläuchen gepaart. Birch-Hirschfeld hat darauf aufmerksam gemacht, dass diese im Kindesalter vorkommenden, vielfach als Rhabdomyosarcome oder Adenocarcinome beschriebenen Tumoren ausnahmslos Mischgeschwülste sind; er betrachtet sie als Varietäten einer einheitlichen Gruppe und fasst sie unter dem Namen „embryonale Adenosarcome“ zusammen, als Matrix derselben abgesprengte, in die Niere verlagerte Teile der Urniere ansehend. Diese Hypothese ist unhaltbar, weil Urniere und Niere bei ihrer Entstehung räumlich und zeitlich weit von einander entfernt liegen und bisher derartige versprengte Teile noch nie gefunden worden sind. Als Matrix der Geschwülste ist vielmehr die Niere selbst anzusehen. Bei Untersuchung der Nieren 4 und 5 monatlicher Embryonen trifft man all die verschiedenartigen Bilder, die in den Geschwülsten selbst enthalten sind, insbesondere auch sehr reichliche muskulöse Elemente, die, wie überhaupt das interstitielle Gewebe, in den reifen Nieren in bedeutend geringerem Masse vorhanden sind, als in der embryonalen. Die Randpartien der einzelnen Renculi bestehen aus kleinen Haufen indifferenter Bildungszellen, aus denen sich die Epithelien wie das Zwischengewebe ganz allmählich entwickeln, die Centren der Renculi dagegen enthalten ausgebildete Harncanälchen, die in sehr reichliches Zwischengewebe, gebildet aus Zügen von Spindelzellen und glatten Muskelfasern, eingebettet sind. Aus diesen letzteren entwickeln sich event. sehr grosse glatte Zellen und daraus durch Metaplasie quergestreifte Muskelfasern. Durch einen Vergleich der Tumoren mit embryonalen Nieren drängt sich mit zwingender Notwendigkeit die Erkenntnis auf: Die im Kindesalter entstehenden Nierengeschwülste sind Mischgeschwülste, die von der Niere selbst ausgehen, an deren Aufbau sich Parenchym wie interstitielles Gewebe in gleicher Weise beteiligt, und die den Typus der wachsenden unreifen Niere in irregulärer Form wiedergeben. Hierbei kann sowohl das Mischungsverhältnis der beiden Gewebsarten, als auch die Ausreifung derselben in sehr breiten Grenzen schwanken. Hierdurch entstehen ausserordentlich grosse Mannigfaltigkeiten in der Structur; alle diese Unterschiede sind aber nur graduelle. Die Geschwülste sind als einheitliche Gruppe, gemischt aus unreifem Drüsengewebe und unreifem Bindesubstanzen aufzufassen, treffend charakterisiert durch den Namen „embryonale Adenosarcome“.

---

190) **Grüneberg.** Angeborene primäre totale Hydronephrose.
(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 22.)

G. demonstrierte im Altonaer Aerztl. Verein (26. IV. 99) das Präparat des betreffenden Falles.

Digitized by Google

Dasselbe entstammt einem 1 $^1/_2$jährigen Kinde, welches von vornherein nur geringe Quantitäten Nahrung zu sich nahm. Stuhlgang stets angehalten, Urin häufig und wenig. Der Ernährungszustand ging namentlich zurück, als das Kind entwöhnt wurde. Die Eltern bemerkten nunmehr ein Stärkerwerden des Leibes, weswegen sie die Pat. ins Hospital aufnehmen liessen. Hier fand sich im rechten Hypochondrium ein nicht sehr prall gefüllter, halbkindskopfgrosser, fluctuierender, höckriger Tumor, von der Leber deutlich abgrenzbar, ebenso von den Genitalorganen; nach allen Richtungen verschiebbar bis über die Mittellinie. Rechte Niere nicht, die linke in Narkose palpierbar. Urin ohne abnorme Bestandteile. Kein Fieber. Es wurde eine cystische Geschwulst der rechten Niere angenommen, wahrscheinlich Hydronephrose. Seitliche Laparotomie am 23. III. Die Geschwulst liegt retroperitoneal. Annähung des Sackes, Incision nach 6 Tagen, Entleerung einer grossen Menge klaren Urins. Tumor schrumpft zu einem kleinen Sack. Tamponade. Der Eingriff wurde zunächst gut vertragen. Am 7. Tage trat plötzlich Fieber auf (39,2°), Rasseln im rechten Unterlappen. Tod am 3. IV.

Die Section ergab bronchopneumonische Herde im rechten Unterlappen. Rechte Niere vollkommen zu einem Sack ausgeweitet, in dem die Kelche sich als vorspringende Balken bemerkbar machten, im oberen und hinteren Teil noch dünne Schichten functionsfähigen Gewebes. Der Ureter, fast kleinfingerdick erweitert, S-förmig geschlängelt, zeigt an der Mündungsstelle an der Blase vollkommene Atresie, sodass vom Ureter aus kein Wasser durchgespritzt werden kann.

Die Atresie war also hier als Ursache der Hydronephrose anzusehen. Bemerkenswert ist, dass die Erkrankung mehr durch allgemeine Ernährungsstörungen, als durch lokale Beschwerden sich bemerkbar machte. Therapeutisch käme in derartigen Fällen, da nicht operierte Kinder marantisch zu Grunde gehen, die Exstirpation in Frage oder die Resection des verschlossenen Ureterenteiles und Implantation des Stumpfes in die Blase (Küster).

---

191) J. Cohn. Ueber familiäre Cystinurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 23.)

Ueber das Thema hielt C. in der Berliner medic. Gesellschaft (10. V. 99) einen Vortrag, ausgehend von folgendem Fall:

Am 4. I. 97 kam in die Klinik von Prof. J. Wolff ein 7 $^1/_2$jähr. Mädchen, bei dem vor mehreren Jahren wegen Tuberculose des rechten Kniegelenks eine Operation gemacht worden war. Seit etwa einem Jahre musste Pat. häufiger Urin lassen. Sie klagte dabei über Schmerzen in der Blasengegend. Seit $^1/_4$ Jahr ist das Urinlassen noch häufiger geworden; die Schmerzen dabei waren so heftig, dass Pat. sich hinhockt, laut schreit und die Hände auf die Blasengegend drückt. Die Mutter giebt an, dass der Urin in letzter Zeit auffallend trübe ausgesehen und einen üblen Geruch gehabt habe.

Die Untersuchung der sehr blassen und abgemagerten Pat. ergab, dass ein Metallkatheter auf einen festen und rauhen Körper in der Blase stiess, der sich fast gar nicht fortbewegen liess. Per rectum fühlte man einen wallnussgrossen rundlichen Körper.

Am 21. I. Operation in Chloroformnarkose. Nach Eröffnung der Blase durch Sectio alta fand man sofort einen morschen und rauhen Stein, der extrahiert wurde, etwa wallnussgross und kugelig, von graugelber Farbe war; ein Fremdkörper war in ihm nicht zu finden. Es handelte sich, wie die Prüfung ergab, um einen Cystinstein, und auch die nachfolgenden Untersuchungen des Urins ergaben eine Cystinurie.

Das Interesse, welches die Fälle von Cystinurie darbieten, liegt in erster Linie in dem wiederholt schon angegebenen Auftreten der Affection in ganzen Familien. C. richtete daher auf diesen Punkt die Untersuchung, und letztere hatte folgendes Resultat: die Familie besteht aus 12 Mitgliedern. Von diesen konnten 2 nicht untersucht werden. Von den übrigen 10 wurde bei 7

Digitized by Google

Cystin im Harn gefunden, sei es gleich bei der ersten Untersuchung des Sediments oder erst nach Zusatz von Essigsäure zum unfiltrierten Urin. 3 Mitglieder der Familie (Vater, ein 24jähr. und ein 18jähr. Sohn) hatten niemals Cystin im Urin. 2 Zwillingsbrüder (10 Jahre alt) zeigten bei jeder Untersuchung enorme Mengen von Cystinkrystallen. Bei den übrigen waren dieselben nicht bei jeder Untersuchung, aber sehr oft nachzuweisen. Selbst das operierte Kind hatte nicht jedes Mal Cystin im Urin. Lange Zeit nach der Entfernung des Steines verschwand dasselbe, um dann wiederzukommen. So war die Untersuchung am 17. XI. 98 negativ, die am 6. XII. positiv, die am 4. I. 99 negativ, die am 5. I. wieder positiv. Jedenfalls litten also in dieser Familie Mutter und 6 Kinder an Cystinurie; es ist dies die grösste Zahl bisher bei einer Familie beobachteter Fälle.

Das familiäre Vorkommen der Affection erklärte man früher dadurch, dass man letztere als Stoffwechselanomalie ansah, etwa wie Gicht und Diabetes, wo ebenfalls das hereditäre und familiäre Element ausserordentlich wichtig sind. 1889 entdeckte man aber in einigen Fällen von Cystinurie neben Cystin im Urin auch Diamine, das Cadaverin und Putrescin, also basische Produkte, entstanden durch Lebensthätigkeit von Mikroorganismen, und nunmehr wurde das Leiden den Infectionskrankheiten angereiht. Bei obigen mit Cystinurie behafteten Pat. wurde daraufhin auch nach Diaminen gefahndet, aber sämtliche Untersuchungen fielen negativ aus, sodass diese Fälle nicht imstande sind, die Infectionstheorie zu stützen.

Jul. Wolff macht noch besonders auf das schöne Röntgenbild aufmerksam, das einige Tage vor der Sectio alta aufgenommen wurde und ausserordentlich scharf den Stein wiedergiebt. Das ist von besonderem Interesse, weil bekanntlich im Allgemeinen die Röntgendurchstrahlung die Erwartungen, die man anfänglich an dieselbe als Hülfsmittel der Diagnose von Blasen- und Nierensteinen geknüpft hatte, nur in geringem Maasse erfüllt hat. Der Grund liegt darin, dass die häufigsten Steine, die Phosphat- und Uratsteine, verhältnismässig gut für die Röntgenstrahlen durchgängig sind, während nur die viel selteneren Oxalatsteine die Strahlen schwer hindurchlassen. Ob in diesem Falle die grosse Schärfe des Bildes blos durch die bedeutende Dicke des Steins bedingt ist oder deshalb, weil Cystinsteine die Strahlen sehr wenig durchlassen, diese Frage bleibt noch offen, da Untersuchungen mit Cystinsteinen bisher noch nicht angestellt worden sind. Obiger Fall hat aber noch in chirurgischer Beziehung Interesse, einmal wegen des Connexes, welcher, wie W. aus verschiedenen Gründen vermutet, zwischen Steinbildung und der früher überstandenen Gonitis hier vorgelegen hat, ferner wegen des Umstandes, dass bei der Sectio alta sich in der Blase nicht blos der grosse Stein vorfand, sondern ausserdem viele dicht zusammengeballte Bröckel von kleinen Cystinconcrementen, deren gründliche Entfernung besondere Schwierigkeiten bereitete, endlich auch wegen des penetranten, höchst widerlichen Gestankes, den der Stein selbst und bis zur Operation auch der Urin darboten, während nach Beseitigung des Steins der Urin zwar cystinhaltig, aber frei von Gestank war.

---

192) **Winternitz.** Ueber Alkaptonurie.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 22.)

W. berichtete im Verein der Aerzte zu Halle a. S. (22. II. 99) über 3 neue Alkaptonfälle, die in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert erscheinen.

Ein 6jähr. Mädchen wird von der Mutter in die Poliklinik ge-

Digitized by Google

bracht mit der Angabe, dass das Kind seit 2 Jahren an Bettnässen leide. Der Harn hat normale Farbe, wird jedoch beim Stehen an der Luft dunkel und hinterlässt in der Wäsche braune Flecke. Die chemische Untersuchung des Harns ergiebt die Anwesenheit von Alkapton, bezw. Homogentisinsäure. Da Embden und Stier gezeigt haben, dass 4—6 g Homogentisinsäure beim Menschen heftigen Tenesmus der Blase nnd Brennen in der Harnröhre hervorrufen, so läge zunächst die Vermutung nahe, dass die Enuresis durch die Anwesenheit der Homogentisinsäure bedingt sei; auch Stange bezieht die dysurischen Beschwerden seines Alkaptonpatienten auf die reichliche Ausscheidung von Homogentisinsäure (0,43 %). Nun leidet aber eine 16jähr. Schwester des in Rede stehenden Alkaptonkindes seit Jahren an Bettnässen, ohne dass der Harn auch nur Spuren von Alkapton enthielte; andererseits bieten, wie weitere Nachforschung ergab, noch 2 Kinder derselben Familie, ein 12jähr. Mädchen, alle Erscheinungen der Alkaptonurie dar, ohne dass sie je an Bettnässen gelitten hätten. Es dürfte sonach kaum angehen, im vorliegenden Fall einen Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen anzunehmen.

Bemerkenswert sind die 3 Fälle von Alkaptonurie ferner dadurch, dass sie Geschwister betreffen; Vater und Mutter, sowie die übrigen 4 Geschwister entleeren normalen Harn. Beachtung verdienen endlich die Angaben über den Zeitpunkt des Auftretens der Alkaptonurie. Das an Bettnässen leidende Mädchen entleert Alkaptonharn erst seit einem Jahr, jedenfalls nicht von Geburt an; man darf dieser Angabe der Mutter Glauben schenken, da sie durch die Alkaptonurie der beiden älteren Kinder, welche sie seit den ersten Tagen nach der Geburt beobachten konnte, genügend zur Aufmerksamkeit veranlasst war. Im Uebrigen sind alle 3 Alkaptonpatienten gesund.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

79) **Paedatrophie und Dr. Theinhardt's Kindernahrung** betitelt sich ein Aufsatz von Dr. Vehmeyer (Haren), worin derselbe bei jenen atrophischen Zuständen, wo Kuhmilch oft trotz sorgfältigster Beachtung aller Vorschriften nicht vertragen und den Verdauungsorganen des zarten Kindes eben durchaus unangemessen zu sein scheint, die „Kindernahrung“ empfiehlt, deren Vorzüge es auch sonst in der Praxis schätzen gelernt hat.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 47.)

80) **Orexin. tannic. bei allen Arten von Anorexie der Kinder** wandte mit ausgezeichnetem Erfolge Dr. F. Siegert (Strassburg) an und empfiehlt von diesem Mittel ergiebigen Gebrauch zu machen. Man reiche das Medikament event. 5—10 Tage lang 2 mal tägl. zu 0,25—0,5 etwa 1—2 Stunden vor der Mahlzeit. Sehr angenehm sind die Chocoladetabletten, wirksamer aber das reine Pulver, das auch vom Säugling zu 0,25 mit etwas Bisquit und Milch oder Wein angerührt, gern genommen wird. Selbst in ganz aussichtslosen Fällen hat das Mittel oft überraschende Wirkung, freilich kommt hie und da mal auch ein Misserfolg (so bei Tabes meseraica, schweren Herzfehlern u. dgl.) vor. (Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 20.)

81) **Tanocol** hat Dr. R. Flatow in der Prof. Rosenheim'schen Poliklink (Berlin) bei Erwachsenen und Kindern mit gutem Erfolge bei allen Arten von Enteritis (auch tuberculöser) angewandt. Tanocol, eine Verbindung von

Digitized by Google

Leim und Tannin, welche nach einem besonderen Verfahren in sehr reiner Form genommen wird, ist ein geschmack- und geruchloses, sehr feines Pulver, das gegen den Magensaft sehr resistent ist und erst im Darm seine Wirksamkeit entfaltet, wobei es eine grosse Constanz seiner für die therapeutische Verwendung wesentlichen Eigenschaften zeigt. Es ist für den Magen, wie die Erfahrungen und Versuche ergaben, ganz unschädlich und zeichnet sich auch durch billigen Preis aus. Kindern wurde 1—2 mal täglich ½ g gegeben.

(Therap. Beilage No. 6 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

82) **Eine neue Wärmequelle für zu früh geborene oder lebensschwache Kinder** hat S. R. Dr. Fürst (Berlin), wie er in einer „vorläufigen Mitteilung" berichtet, gefunden. Er liess sich Thermophor-Platten herstellen, die nach Kochen von 15—18 Min. die Wärme 8 Stunden lang ziemlich constant in beliebiger Höhe erhalten. Mit diesen Platten seit längerer Zeit angestellte Versuche ergaben sehr günstige Resultate. Die Platten, die man in jedem beliebigen Körbchen, ebenso in einer kleinen Wanne, in die das Kind gelagert wird, zur direkten Erwärmung der Luft verwenden kann, ebenso auch zur indirekten Erwärmung (in das Wasser der doppelwandigen Wanne gelegt), sichern dem Kinde eine Wärme von 28—30° R. ununterbrochen, halten Abkühlung und Collaps auf und werden voraussichtlich geeignet sein, Wärmewannen, Couveusen u. dgl. durchaus zu ersetzen.

(Deutsche Medic.-Ztg. 1899 No. 39.)

83) **Wachstumsstörung des Radius nach Fractur** beobachtete Gérard Marchant. Der 18jähr. Pat. hatte vor 10 Jahren den Radius gebrochen. Während die Ulna normal weiter wuchs, blieb der Radius zurück, sodass die Hand auf die Radialseite hinübergedrängt wurde und, da sie nicht mehr in der Axe des Vorderarms stand, unfähig zum Greifen war. M. resecierte 2 cm der Ulna und erzielte tadellose Stellung der Hand.

(Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. XXV, 16./17. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 26.)

84) **Eine besondere Art von Hydronephrose** sah Kirmisson und nennt sie „äussere" oder „subcapsuläre". Ein 12jähr. Mädchen litt seit 3 Jahren an Nierenkoliken. Als sich in der l. Nierengegend ein grosser Tumor gebildet, schritt K. zur Operation. Nach Durchtrennung der Muskulatur kam er auf einen mit Flüssigkeit angefüllten, dünnwandigen Sack, aus welchem nach Incision klarer Urin floss. In der Tiefe fand sich die vollkommen von der Kapsel gelöste Niere. Der Sack war durch die Kapsel, welche sich von der Niere getrennt hatte, gebildet, der Urin hattte sich ausserhalb der Niere unter der Kapsel angesammelt. K. schnitt die Niere ein und fand sie annähernd normal, konnte auch trotz allen Suchens keinen Stein finden. Daher nähte er die Ränder der Kapsel an der Haut an und bildete so eine Urinfistel. Glatter Wundverlauf. (Ibidem.)

85) **Einen Fall von Infection der Genitalien mit Vaccine** erlebte Dr. E. Maillefert (Magdeburg). Eine im 7. Monate Gravide, die an starkem Ausfluss litt, pflegte denselben mehrmals täglich mit einem Lappen abzuwischen. Nun wurde ihr Kind geimpft, und da der betreffende Arm stark entzündet wurde, applicierte die Mutter darauf mit Oel getränkte Leinwandlappen. Ein solcher, oberflächlich gereinigt, wurde dann von der Frau zum Abwischen der Genitalien benutzt. Am nächsten Tage bereits traten in letzteren Schmerzen ein, darauf schwollen die Teile unter immer heftiger werdenden Schmerzen stark an. Am 11. Tage fand M. die linke grosse Schamlippe stark geschwollen, die Schamspalte ganz auf die rechte Seite gedrängt; aus derselben ragte ein etwa wallnussgrosser, tief geröteter Tumor hervor, der sich bei Entfaltung der Genitalien als die kugelförmig angeschwollene linke kleine Schamlippe erwies; an der Innenseite, der Schleimhautfläche, der linken grossen Schamlippe, sah man 3 bohnengrosse flache Bläschen von mattgelber Farbe, ein ebensolches an der linken kleinen Schamlippe, wo diese der grossen anliegt; bei Berührung der geschwollenen Teile und beim Gehen hatte Pat. grosse Schmerzen; Fieber fehlte. Kalte Umschläge linderten die Schmerzen, während die Anschwellung erst nach 6 Tagen abzunehmen begann, nachdem die Blasen geplatzt waren und ihren wasserhellen Inhalt entleert hatten; 2 Tage später waren sie gänzlich und damit alle Beschwerden verschwunden. — Die oberflächliche Reinigung der Lappen hatte also nicht genügt, allen wirksamen Infectionsstoff aus denselben zu entfernen.

Digitized by Google

Als Ursache für den relativ schweren Verlauf der Erscheinungen aber ist die während der Gravidität vorhandene Auflockerung der Gewebe und die Empfänglichkeit für entzündliche Processe anzusehen; auch bildeten die infolge der starken Secretion ja so oft entstehenden Epithelerosionen ein begünstigendes Moment für die Uebertragung. (Münchener. medic. Wochenschrift 1899 No. 18.)

86) **Ein Fall von Gonitis syphilitica** wurde von P. Levitsky beobachtet. 3 Monate vor dem Eintritt ins Spital bemerkten die Eltern ein progressives Anschwellen beider Kniee. es trat Schmerzhaftigkeit hinzu, und schliesslich hörte die 4jähr. Patientin vollständig auf zu gehen. L. constatierte eine Anschwellung von unregelmässiger ovoider Form beiderseits, beruhend auf Erguss in den Gelenken und auf starker Auftreibung der Femur- und Tibiadiaphysen. Lues der Eltern wurde nicht entdeckt, aber eine ca. 6 wöchentliche Behandlung mit Jodkalium und Quecksilbereinrichtungen brachte die Affection zum Schwinden.
(Djetskaja Medicina 1899 No. 1. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 4.)

87) **Ein $1^1/_2$jähr. Kind mit primärem Sarcom der Scheide** stellte P. Strassmann in der Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäk. zu Berlin (28. IV. 99) vor. Seit 4 Monaten bestehen Blutungen und Ausfluss. Aus der Scheide ragte ein zerfallener, blutender und jauchender Tumor heraus. Die Untersuchung mit dem kleinen Finger ergab eine breitbasig von der hinteren und rechten Scheidenwand ausgehende Geschwulst. Urin noch klar, aber schon Schmerzen beim Wasserlassen. Kein Fieber, Allgemeinbefinden gut. Wegen Blutung und behufs Sicherung der Diagnose Curettement der Scheide. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus büschelartig angeordneten Schläuchen von grossen Rund- und Spindelzellen besteht. Keine „Trauben“bildung. Der Ausgangspunkt liegt wahrscheinlich in den Endothelien der Lymphgefässe. Kanäle, die keine Blutgefässe sind, durchziehen den Tumor (Lymphendothelioma sarcomatodes). Quergestreifte Muskelfasern wurden nicht gefunden. Bemerkenswert ist der Ausgang von der hinteren Scheidenwand, da die meisten Kinderscheidensarcome von der vorderen Wand entspringen. Von den bisher bekannten Fällen (14 nach Pick) sind nur 2 durch Operation gerettet. Scheidensarcome sind überhaupt sehr selten. Ob eine radikale Therapie (mit parasacralem Vorgehen) behufs Entfernung von Scheide und Uterus noch möglich ist, wird sich erst in Narkose und vielleicht nach Probeexcision einer der geschwollenen Inguinaldrüsen entscheiden lassen.
(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 22.)

88) **Sarcom der rechten Ohrgegend** zeigt ein von Dr. F. Alt in der Oesterr. otolog. Gesellschaft (25. IV. 99) demonstrierter 5jähr. Knabe. Der Tumor geht vom Mittelohr aus und hat trotz des kurzen Bestandes (6 Wochen) bereits Doppelmannsfaustgrösse erreicht. Er ist inoperabel. — Die Moulage eines ähnlichen Falles zeigt Prof. Gruber. Ein 10jähriger, bis dahin gesunder Knabe, bekam innerhalb von 9 Monaten eine Neubildung am Ohr, welche jetzt, kindskopfgross, die rechte Kopfhälfte bis zur Orbita einnimmt und in Ulceration begriffen ist. Zu warnen ist vor operativen Eingriffen, selbst vor Eröffnung fluctuierender Stellen, da alles das Wachstum solcher Tumoren sehr beschleunigt und auch bedrohliche Blutungen zur Folge haben kann.
(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 5.)

89) **Lipome der Tonsillen** sind sehr selten, waren bis 1895 überhaupt nicht bekannt. Da publicierte Doc. Dr. A. Onodi (Budapest) den 1. Fall. Er bezog sich auf ein kleines Kind, dessen Mutter vor 1 Jahre bemerkte, dass an der linken Tonsille eine kleine Geschwulst sich gebildet hatte, die seitdem noch einmal so gross wurde. Der 1 cm lange, $^1/_2$ cm breite, mittelst eines Stieles der Tonsille aufsitzende Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt und entpuppte sich als Lipom. Seitdem beschrieb Haug, einen Fall von Lipomyofibrom und Avellis einen von Fibrolipom. Onodi hat jetzt einen 2. Fall beobachtet: 12jähr. Mädchen, an dessen rechter Tonsille eine blassgelbe, polypartige, $1^1/_2$ cm lange und 1 cm breite Geschwulst mittelst kleinen Stieles sass. Entfernung mit der kalten Schlinge. Es handelte sich um ein Fibroma lipomatosum.
(Ungar. medic. Presse 1899 No. 18.)

90) **Rhinopharyngitis der Kinder** behandelt Gaston, indem er mit Borvaseline, mit oder ohne Zusatz von Antipyrin ($2^1/_2$—5%), bestrichene Wattetampons 3—4mal täglich in die Nasenhöhlen einführt. Sträubt sich das Kind dagegen, so kann man Morgens und Abends dafür einige Tropfen einer Lösung von

Digitized by Google

Menthol in Mandelöl (4,0 : 30,0) instillieren. Ist eine directe Behandlung des Pharynx indiciert. so pinsele man mit Jodglycerin:

Rp. Jod. pur. 1,0
Kal. jodat. 5,0
Ol. Menth. pip. gtt. X
Glycerin. ad 50,0.

(Med. News, Januar 1899. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 24.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

15) Henoch's **Vorlesungen über Kinderkrankheiten** sind in 10. Auflage erschienen (Verlag von A. Hirschwald, Berlin). Ein solcher Erfolg eines Specialwerkes ist eine ausserordentliche Seltenheit, und er wird um so bemerkenswerter, wenn man erwägt, dass Henoch seit 6 Jahren sich von jeder Praxis ganz zurückgezogen hat, sodass jeder weiss, dass er innerhalb dieser Zeit persönlich keine neuen Erfahrungen mehr sammeln konnte. Und trotzdem hat das Werk in dieser Zeit 3 neue Ausgaben erlebt! Das ist wohl der beste Beweis dafür, dass die Aufzeichnungen des geschätzten Autors, einer langjährigen Erfahrung entsprungen, erhaben sind über alle Umwälzungen der Neuzeit, dass sie noch heut volle Giltigkeit haben und geeignet sind, als Unterlage für das Studium der Pädiatrie zu dienen. Aber Henoch ist nicht gänzlich zurückgeblieben; er hat von allen Neuerungen, die ihm die Fachlitteratur zutrug, Kenntnis genommen, hat mit kritischem Blick gesondert, was ihm beachtenswert erschien, und hat dieses „Neue" stets gewissenhaft seinem „Alten" beigefügt. Das prächtige Werk unseres Altmeisters atmet daher frisches Leben, obwohl der Grundstock der Vorlesungen verblieben ist, der denselben zur allgemeinen Beliebtheit verhalf, — ein Bauwerk, alt und ehrwürdig, aber nicht veraltet und morsch.

16) Dr. C. Deutschländer, der Prof. Kirmisson's Werk **Lehrbuch der chirurg. Krankheiten angeborenen Ursprungs** ins Deutsche übertragen (Verlag von F. Enke, Stuttgart, 624 S. Preis: M. 15) hat sich dadurch ein grosses Verdienst erworben. Denn erstens besitzen wir selbst nur sehr wenig Werke, welche von einheitlichem Gesichtspunkt aus und in zusammenhängender Weise gerade dieses Capitel behandeln, andererseits besitzt das Werk des französischen Autors, der als Oberarzt am Enfants-Assistés-Krankenhaus in Paris über ein sehr grosses Material verfügte, an diesem viel Erfahrungen sammelte und dieselben sehr geschickt litterarisch verwertete, an und für sich so grosse Vorzüge, dass es sicher volle Anerkennung finden wird. Der Verfasser hat den Stoff recht zweckmässig eingeteilt und denselben klar und kurz, aber durchaus lückenlos, behandelt; zahlreiche eingestreute Krankengeschichten und dem Text beigefügte Abbildungen (312) sorgen dafür, dass das Gesagte dem Verständnisse des Lesers noch näher gebracht werde. Kirmisson's Buch wird jedem Kinderarzte die besten Dienste leisten.

17) **Malzsuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge,** überschreibt Dr. A. Keller eine Arbeit (Verlag von G. Fischer, Jena, Preis: Mk. 3), in welcher er die in der Breslauer Klinik Czerny's angestellten wissenschaftlichen Untersuchungen und praktischen Ernährungsversuche bekannt giebt. Da die Resultate der letzteren ausserordentlich gute waren, so beansprucht die Arbeit die vollste Aufmerksamkeit nicht nur des Pädiaters, sondern aller praktischer Aerzte, denen ja die Ernährungsfrage des Säuglings oft genug nicht geringes Kopfzerbrechen verursacht. Die Lektüre des vorliegenden kleinen Werkes muss aufs Wärmste empfohlen werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in **Sprottau.**

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. September 1899.** No. 9.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

7) Ein Beitrag zur Geschichte des Serumenthusiasmus.

Von

Professor **Kassowitz**

in Wien.

In einer der letzten Nummern dieser Zeitschrift (No. 7) findet sich an erster Stelle ein Referat über einen Aufsatz von E. W. Goodall, betitelt: „Der Wert der Antitoxinbehandlung bei Diphtherie“, in welchem unter Berufung auf die Herabsetzung der percentuellen

Digitized by Google

Diphtheriemortalität bei den Kindern unter fünf Jahren in den Londoner Spitälern (von 51,5 Percent des Jahres 1892 auf 25,9 des J. 1897) in der üblichen Weise das Lob des Heilserums verkündet wird. Dass die blosse Verminderung der relativen Mortalität nicht das Mindeste beweist, weil einerseits infolge der dringenden Aufforderung, alle diphtherieverdächtigen Kinder möglichst frühzeitig der Serumbehandlung zuzuführen, und andererseits wegen des Ersatzes der klinichen Diphtheriediagnose durch die bakteriologische das Material der Spitäler ein total verändertes und unvergleichlich günstigeres geworden ist, das wurde von mir und anderen wiederholt hervorgehoben, ohne dass wir damit bei den Verehrern des Serums einen merkbaren Eindruck hervorgerufen hätten. Aber auch der Nachweis, dass in vielen Städten, wo die relative Mortalität in der Serumperiode bedeutend gesunken ist, dennoch die absolute Zahl der an Diphtherie verstorbenen entweder gleich geblieben oder gar bedeutend in die Höhe gegangen ist, so dass beispielsweise in Petersburg 1892 und 1893 nur 333 und 378, dagegen 1897 unter dem vollen Einflusse des Serums die erschreckende Zahl von 1949 Diphtherietoten verzeichnet worden ist, hat die Enthusiasten nicht merklich abgekühlt. Denn jetzt will man wieder an der Herabsetzung der relativen Sterblichkeit in London die Heilwirkung des Serums demonstrieren, ohne sich darum zu kümmern, dass auch hier die absolute Diphtheriemortalität in der Serumperiode nicht nur nicht herabgegangen sondern sogar höher geworden ist. Nach einer statistischen Zusammenstellung von Cobbett (Lancet 1898 II, S. 1457) starben nämlich in London in jedem einzelnen der drei Serumjahre 1895—97 mehr Menschen an Diphtherie als in irgend einem der sieben Jahre, welche 1893 vorangegangen sind.

Aber auch dieser grelle Contrast zwischen der rosigen Auffassung der relativen Spitalmortalität und der finsteren Sprache der absoluten Todesziffern hätte mich noch nicht dazu vermocht, von neuem die undankbare Rolle des Kritikers zu übernehmen, wenn nicht in den Angaben von Goodall ein Novum zum Vorschein gekommen wäre. Dort heisst es nämlich, dass von den im Spitale an „postscarlatinöser Diphtherie“ erkrankten Kindern früher etwas über 50 Percent gestorben sind, dass aber seit der Einführung des Serums die Mortalität dieser Fälle nur 5 Percent und im J. 1897 gar nur 4,1 Percent betrug. Während also die relative Mortalität bei der Diphtherie im allgemeinen nur um die Hälfte vermindert erscheint, soll sie bei den Scharlachkranken, die nachträglich mit echter Diphtherie inficiert wurden, gar bis auf ein Zehntel und noch tiefer gesunken sein. Nun ist aber bekannt, dass die sogenannte sekundäre Diphtherie, d. h. diejenige, die sich zu anderen Infektionskrankheiten, also namentlich zu Scharlach und Masern hinzugesellt, im allgemeinen viel verderblicher ist als die primäre, und speciell in den letzten Jahren konnte man von überzeugten Anhängern des Heilserums die Klage vernehmen, dass die Wirkung des Serums gerade bei diesen sekundären Diphtherien nicht deutlich hervorgetreten sei. Und nun hören wir plötzlich, dass das Serum bei den mit Scharlach complicierten Diphtherien ein fünfmal besseres Resultat ergeben habe als bei den einfachen uncomplicierten Erkrankungen, und zwar soll sich dieses Wunder just in jener Stadt zugetragen haben, in der auch

Digitized by Google

nicht die geringste Verminderung der absoluten Diphtheriemortalität seit der Einführung des Serums verzeichnet werden konnte. Wir stehen also vor folgendem Dilemma. Ist das Serum in London wirksam, dann begreifen wir nicht, warum dort jetzt ebensoviel oder noch mehr Menschen der Diphtherie erliegen als früher. Ist es aber unwirksam, dann muss irgend ein geheimer Grund vorhanden sein, warum gerade in London die anderwärts gegen das Serum refraktär gebliebenen secundären Diphtherien eine so ausserordentliche Verminderung der percentuellen Mortalität erfahren haben.

Nach dem bisher bekannt Gewordenen ist es nun gar nicht besonders schwer, diesen geheimen Grund zu erraten. Da es sich nämlich hier um Kinder handelt, die nicht wegen der Diphtherie ins Spital gebracht wurden, so entfällt für diesen Fall das eine Moment, welches sonst überall zur Verbesserung der relativen Spitalmortalität beiträgt, nämlich das vermehrte Zuströmen leichterer Fälle mit von Haus aus günstiger Prognose. Es kann sich also hier nur um die andere Fehlerquelle handeln, nämlich um die Stellung der Diphtheriediagnose auf Grund des Befundes von „Diphtheriebazillen" bei Individuen, bei denen man sonst an Diphtherie vielleicht gar nicht gedacht hätte. Wissen wir doch durch wiederholte Mitteilungen von Sörensen (Zeitschr. f. Hygiene 29. und 31. Band), dass man diese Bazillen überaus häufig bei Scharlachkranken und Reconvalescenten findet, ohne dass klinisch von Diphtherie die Rede ist, und Todd (Lancet 1898 I, S. 1458) hat sogar bei 51 Scharlachreconvalescenten vollvirulente Löfflerbazillen gefunden, ohne dass, abgesehen von einer unschuldigen nicht exsudativen Rhinitis, auch nur die geringste Krankheitserscheinung, geschweige denn eine klinisch ausgesprochene Diphtherie zum Vorschein gekommen wäre. Für jemanden also, dem, wie dem Verfasser dieses, der Respekt vor den „Diphtheriebazillen" nachgerade verloren gegangen ist, enthält die geringe Mortalität dieser postscarlatinösen „Diphtherien" keine besondere Ueberraschung.

Diese naheliegende Deutung des sonst völlig unverständlichen Widerspruches zwischen der unverminderten absoluten Mortalität und der zehnfach verminderten Letalität der postscarlatinösen Diphtherien schwebte aber, trotz ihrer hohen Wahrscheinlichkeit, so lange in der Luft, als nichts Authentisches über den Grad dieser Erkrankungen vorlag, und bei denjenigen, welche alles, was zu Gunsten des Serums gesagt und geschrieben wird, ohne jede Kritik hinzunehmen gewohnt sind, wird die emphatische Versicherung, dass es mittelst des Serums gelungen sei, die Mortalität der postscarlatinösen Diphtherien von über 50 auf 5 und 4 Percent herabzusetzen, immer noch mehr Wirkung erzielen, als die Bemängelungen eines unverbesserlichen Skeptikers.

Durch einen Zufall ist aber einiges Licht über das Dunkel dieser „postscarlatinösen Diphtherien" verbreitet worden. Es findet sich nämlich in der bereits citierten Arbeit von Cobbett die interessante Angabe, dass, während in den Londoner Spitälern 1890 bis 1894 im Durchschnitte jährlich nur etwas über 96 solcher Fälle vorkamen, seither infolge der bakteriologischen Untersuchung die Zahl der milden Fälle dieser Affektion ganz enorm angewachsen ist (that the bacteriological test has enormously increased the number of mild cases, which are now recognised as postscarlatinal diphtheria), so dass in den Jahren 1896 und 1897 statt

Digitized by Google

der früheren 96 jährlichen Fälle die wirklich enormen Ziffern 695 und 796 verzeichnet worden sind.

Hier haben wir es also schwarz auf weiss, was ja von vornherein gar nicht zweifelhaft sein konnte, dass die enorme Herabsetzung der relativen Mortalität der postscarlatinösen Diphtherien, welche weder zu der unveränderten absoluten Mortalität in London, noch zu den sonstigen Erfahrungen über das Versagen der Serumwirkung bei den secundären Diphtherien stimmte, nur durch äusserliche Umstände und nicht durch eine spezifische Heilwirkung des Serums hervorgerufen worden ist. Hatte nämlich die bakteriologische Untersuchung bei einem Scharlachreconvalescenten die Anwesenheit von „Diphtheriebazillen“ constatiert, dann wurde das Kind für diphtheriekrank erklärt und mit Serum gerettet, während früher Niemand daran gedacht hätte, diese Fälle mit Diphtherie in irgend eine Beziehung zu bringen. Ausserdem sehen wir aber hier an einem besonders eclatanten Beispiele, welche unsägliche Verwirrung durch den neuen Begriff der „bakteriologisch definierten Diphtherie“ platzgegriffen hat. Es erscheint geradezu alles auf den Kopf gestellt. Was früher eine grosse Seltenheit war, nämlich die Complication des Scharlachs mit der wahren Bretonneau'schen Diphtherie, das ist auf einmal ausserordentlich häufig geworden, und was früher als einer der gefährlichsten Zufälle mit Recht gefürchtet war, das soll jetzt — ganz gleich ob mit oder ohne Serum — beinahe unschädlich geworden sein. Aber die bakteriologische Diagnose der Diphtherie hat auch eine gute Seite. Sie verhilft dem Heilserum zu immer neuen Triumphen. Und das ist mit ein bischen Confusion nicht zu theuer erkauft.

II. Referate.

193) **M. Thiemich.** Ueber einen Fall von functionellem Herzgeräusch im Säuglingsalter.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 2/3.)

Es gilt als ausgemacht, dass accidentelle Herzgeräusche im frühen Kindesalter, etwa bis zum 7. Lebensjahre selten, bis gegen Ende des 4. Lebensjahres überhaupt nicht zur Beobachtung kommen. Dass dies nicht allgemein gültig ist, zeigt folgender Fall:

Ein zur Zeit seines Todes 6 Monate altes, sehr anämisches, rhachitisches Kind in sehr schlechtem Ernährungszustande litt häufig an Bronchitiden, die oft von tagelang anhaltendem Fieber begleitet waren; in den letzten Tagen des Decembers 1898 trat eine wenig ausgebreitete lobuläre Pneumonie auf, der das Kind unter zunehmender Herzschwäche am 3. I. 99 erlag.

Zuerst am 28. XII., ehe noch die Pneumonie nachweisbar war, hörte Th. am Herzen ein deutliches systolisches Geräusch. Dasselbe hatte früher bestimmt gefehlt, es ist aber möglich, dass es schon einige Tage lang vorher wahrnehmbar war, da Th. in dieser Zeit das Kind nicht regelmässig täglich untersuchte; in der Folgezeit wurde es bis zum Tode stets constatiert. Es war sehr deutlich dicht innerhalb der linken Mamilla, ausserhalb derselben nahm es rasch an Intensität ab; nach der Herzbasis zu und bis zum rechten Sternalrande blieb es gut hörbar. Seiner Art nach war es am ehesten als hauchend zu bezeichnen, je

Digitized by Google

stärker man mit dem Stethoscop aufdrückte, um so mehr nahm es einen schabenden Charakter an, fast wie ein pericardiales Reibegeräusch, blieb aber streng auf die Systole beschränkt. Am Rücken war es nicht wahrnehmbar. Herzdämpfung nicht nachweisbar vergrössert.

Die Section ergab eine mässige Vergrösserung des Herzens, die besonders den rechten Ventrikel betraf, dessen Muskulatur blass und schlaff war, während die des linken sich blass, aber gut contrahiert zeigte. Das Foramen ovale war geschlossen, ebenso erwiesen sich sämtliche Klappen als schlussfähig und frei von irgendwelchen Veränderungen. Das Peri- und Epicard war glatt und glänzend, im Herzbeutel fand sich nur eine sehr geringe Menge Flüssigkeit. In gleicher Weise waren die Anfangsteile der grossen Gefässe normal. Ausserdem nichts von Bedeutung.

Der Leichenbefund gab also keine Erklärung für das intra vitam constatierte Herzgeräusch: weder angeborener, noch erworbener Klappenfehler, noch eine Herzmissbildung. Dass ebensowenig eine relative Insufficienz der Tricuspidalis infolge der Dehnung des rechten Ventrikels bestand, ging sowohl aus der Schlussfähigkeit dieser Klappe am Leichenherzen, als aus der Lokalisation des beobachteten Geräusches hervor. Auch eine Täuschung durch ein Herzlungengeräusch lag sicher nicht vor; abgesehen davon, dass ein solches im frühen Kindesalter äusserst selten vorkommt, blieb das Geräusch gleich gut wahrnehmbar, wenn man während einer Atempause nach längerem Schreien auskultierte. Es bleibt also nur die einzige Annahme übrig, dass es sich hier um ein wirkliches anorganisches Herzgeräusch handelte.

---

194) **Passini** u. **Leiner.** Ueber einen Fall von Noma faciei.

(Aus dem Carolinen-Kinderspital.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 28.)

Ein 8jähr. Kind mit typischer Noma faciei — weitere Inspection wegen Mundsperre ausgeschlossen —, die angeblich vor einigen Tagen entstanden ist, wird eingeliefert. Die Anamnese über das den ärmsten Verhältnissen entstammende Kind ist sonst recht spärlich: in den letzten Monaten soll es gehustet haben, appetitlos und abgeschlagen gewesen sein, vor einigen Tagen dann an der rechten Mundseite ein Bläschen bekommen haben, aus dem sich rasch der jetzige Zustand entwickelte. Ausser Noma finden sich an beiden Lungen schwere Veränderungen, im Urin Eiweiss nebst Cylindern. 6 Tage nach der Aufnahme bei fieberlosem Verlauf unter zunehmender Entkräftung Exitus letalis.

Die Section ergiebt u. A. Tuberculosis chron. pulmon. et lymphoglandular., Nephritis parenchymatosa, Noma faciei, palati et pharyngis. Die rechte Hälfte des Mundhöhlenbodens war in jauchigen Zerfall begriffen, desgleichen die linke Tonsille.

Gleich nach der Aufnahme war bacteriologisch untersucht und typische Diphtheriebacillen entdeckt worden, deren Natur auch durch Tierversuche bekräftigt wurde. Durch die nachträgliche Aufdeckung der tiefzerfallenen linken Tonsille wurde es wahrscheinlich, dass an dieser Stelle der Process als Diphtheria gangraenosa einsetzte und sich von da bei dem marantischen Kinde als Noma weiter ausbreitete.

Digitized by Google

195) **W. Potjechin.** Ueber die Combination von Masern und Diphtherie.

(Djetskaja Medicina 1899 No. 2. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Diese Combination ist gar nicht so selten. Im Jahre 1898 wurden von P. im Moskauer St. Wladimirkinderspital 53 diesbezügliche Fälle beobachtet; 9mal gesellten sich Masern zu einer bestehenden Diphtherie hinzu, 44mal Diphtherie zu Morbillen. Die Mortalität in der 1. Gruppe betrug 77 %, wobei der Zustand der Lungen entschieden Einfluss auf den Verlauf zeigte (von 8 Fällen mit Pneumonie endeten 7 letal). Bei der 2. Gruppe konnte beobachtet werden, dass Diphtherie besonders häufig am Schlusse der 2. oder zu Beginn der 3. Woche nach dem Ausbruche der Masern sich hinzugesellte, dagegen selten während des Stadium catarrhale oder eruptionis. Auch hier war die Affection der Lungen von ungünstiger Bedeutung. Am häufigsten wurden Kinder von 2—3 Jahren gleichzeitig von Masern und Diphtherie befallen, und in diesem Alter kam auch die grösste Mortalität vor.

---

196) **A. Sotow.** 3 Fälle von seltener Complikation der Masern.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1899 No. 12/13. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Im 1. Falle handelte es sich um das Auftreten von Tremor der Extremitäten bei einem 1jähr. Knaben ca. 1 Monat nach Masern; nach 6 Wochen Genesung. Bei dem 2. Falle (Kind von 4 Jahren) traten im Prodromalstadium und 3 Wochen nach den Masern epileptische Anfälle auf, die von einer acuten Psychose maniakalischen Charakters begleitet waren (zugleich fanden sich im Stuhl Eier der Taenia nana). Fall 3 betraf ein 9jähr. Mädchen, das vor 3 Monaten Masern durchgemacht hatte und allmählig erblindet war. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab das Bild der Retinitis albuminurica im 3. Stadium, obgleich der Urin stets eiweissfrei gewesen war; Pat. klagte noch über Kopfschmerzen und wies Hyperaesthesie des ganzen Körpers auf.

---

197) **S. Timaschew.** Ein Fall von combinierter Erkrankung an Scharlach und Masern.

(Djetskaja Medicina 1899 No. 1. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 4.)

Der 5jähr. Knabe wurde von seiner Mutter, nachdem die Krippe, in der er sich bis dahin befunden hatte, wegen ausgebrochener Scharlachepidemie geschlossen wurde, in einer Familie placiert, wo an Masern erkrankte Kinder sich befanden. Daselbst Aufenthalt 4 Tage; darauf wurde der Knabe ins Spital mit Scharlach aufgenommen. Am 7. Erkrankungstage, als das Scharlachexanthem bereits völlig geschwunden war und schon starke lamellöse Hautschuppung begonnen hatte, stellten sich Conjunctivitis, Schnupfen, Husten ein und im Rachen war deutlich Masernexanthem zu constatieren. Tags darauf letzteres am ganzen Körper. Am 13. Tage vom Beginn des Scharlachs aus gerechnet,

Digitized by Google

war es völlig wieder verschwunden, und die folgende Hautschuppung zeigte gemischten Charakter, teils lamellös, teils kleienförmig. Eine Pneumonie gesellte sich hinzu, und am 22. Erkrankungstage starb der Pat.

Der Knabe hatte also hier die Masern während der Incubationszeit des Scharlachs acquiriert.

---

198) **Pässler.** Demonstration mikroscopischer Präparate von Scharlachmeningitis.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 27.)

Dieselbe erfolgte in der Medicin. Gesellschaft zu Leipzig (16. V. 99) unter folgenden Angaben:

In der medicin. Klinik wurden im Winter 98/99 und Frühjahr d. J. 57 Scharlachfälle beobachtet, darunter betrafen 21 Kinder bis zu 14 Jahren, 14 Pat. von 14—20 Jahren.

Bei 3 Pat. bestanden schwere Erscheinungen seitens des Centralnervensystems; einer genas, die beiden anderen, junge, kräftige, kerngesunde Mädchen von 18 resp. 21 Jahren, starben.

Abgesehen von der Urämie wurden bei Scharlach 2 Formen von schweren Hirnerscheinungen beobachtet. Bei der 1. Form handelt es sich um Allgemeinerscheinungen, wie sie bei allen schweren acuten Infectionskrankheiten vorkommen: Kopfschmerzen, Benommenheit, Sopor, Coma, Unruhe, Jactation, Flockenlesen, Sehnenhüpfen, Delirien. Bei der 2. selteneren Form traten zu den oben geschilderten ausgesprochene meningitische Symptome hinzu: Nackenstarre, Trismus, Pupillenanomalien, seltener Lähmungen des Facialis, noch seltener solche der Extremitäten, ferner krampfartige Respirationsbewegungen (Schluchzen, Aufschreien), kahnförmige Einziehung des Leibes, Sensibilitätsstörungen. Jene Allgemeinerscheinungen sind Folgen der Giftwirkung des infectiösen Virus oder seiner Stoffwechselprodukte auf das Centralnervensystem. Die meningitischen Erscheinungen können verschiedene Ursachen haben. In einem grossen Teil der Fälle handelt es sich um eitrige, vom Mittelohr ausgehende Meningitis, die in anderen Fällen metastatisch von Abscessen und Verjauchungen, besonders der Lymphdrüsen des Halses aus, bedingt wird. Bei der Urämie infolge Scharlachnephritis ist eine fibrinöse Meningitis beschrieben worden, die mit den fibrinösen Entzündungen anderer seröser Häute bei Urämie, besonders des Pericards, auf eine Stufe zu stellen wäre. Verhältnismässig sehr selten treten meningitische Erscheinungen als unmittelbare Folge der schweren Scharlachinfection auf. Die Zeit ihres Auftretens fällt dann meist mit dem Höhestadium des Fiebers zusammen; in besonders schweren Fällen scheinen sie schon vor dem Ausbruch des Exanthems auftreten und selbst zum Tode führen zu können. Im Gegensatz nun zu den schweren klinischen Erscheinungen, welche man in den mit meningitischen Symptomen complicierten Scharlachfällen sieht, stehen meist die geringfügigen anatomischen Veränderungen, welche dann im Centralnervensystem gefunden werden; ausgesprochen entzündliche Erscheinungen fehlen meist ganz, selbst Henoch sah sie nie.

Von den beiden unter schweren Hirnerscheinungen gestorbenen

Digitized by Google

Patientinnen P.'s hatte die eine nur Allgemeinerscheinungen gezeigt. Nach dem am 6. Krankheitstage erfolgten Tode ergab die Obduction makro- und mikroskopisch zahlreiche kleine Blutungen, besonders unter der Pia sitzend, mitunter noch etwas in die Hirnrinde selbst hineinreichend; ausgesprochene entzündliche Erscheinungen fehlten. Bei der anderen Pat. war neben heftigstem Kopfschmerz, Sopor, Delirien, vom 3. Tage an hochgradige Nackenstarre aufgetreten; Lähmungen fehlten, die Sensibilität konnte bei dem schweren Zustande nicht geprüft werden. Der Tod erfolgte unter Zunahme aller Erscheinungen am 6. Krankheitstage im Collaps. Das Exanthem war, namentlich am Rumpf, hie und da hämorrhagisch geworden. In diesem Falle war eine deutliche, wenn auch erst beginnende Meningitis auch anatomisch nachweisbar. Neben den in diesem Falle etwas weniger zahlreichen subpialen Blutungen fanden sich, überall in der Pia zerstreut, Rundzellenanhäufungen, die ganz besonders häufig und dicht in der Umgebung der Gefässchen waren, die sich mit den weichen Hirnhäuten in die Furchen der Hirnrinde einsenken. Zwar war auch in diesem Falle der anatomische Befund zu geringfügig, als dass man die Schwere der klinischen Erscheinungen von der mechanischen Wirkung der Exsudatmassen hätte abhängig machen können, der anatomische Befund beweist aber, dass man es bei den meningitischen Erscheinungen nicht nur mit dem Ausdruck der allgemeinen schweren Infection, sondern daneben mit einer ganz speciellen, auf die weichen Hirnhäute lokalisierten Schädigung zu thun hatte.

---

199) **Wetzel** (Schweinfurt): Abscess im M. sternocleidomastoideus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 22.)

Ein 3jähr. Knabe erkrankt unter Fieber und Unruhe mit Schwellung der rechten Halsseite, die bald in eine brettharte Infiltration übergeht. Nachdem man in der Mitte derselben eine Gewebslücke entdeckte, deren Lage in der Richtung des M. sternocleidomastoideus schon auffallend war, wird in Narkose incidiert. Man gelangt auf den etwas vorgetriebenen und missfarbigen Muskel, ohne Eiter zu finden. Auch nach Freilegung des vorderen Randes des Muskels sucht man darnach vergebens. Eine Incision des Muskels selbst an der Grenze des mittleren und unteren Drittels entleert nun rahmigen Eiter im Strahl. Es ergiebt sich eine kleine Höhle im Muskel, die durch Tamponade rasch zur Heilung gelangt.

Wie kam nun diese Myositis zustande? Man trifft Abscesse des M. sternocleidomastoideus am oberen und am unteren Ende desselben, ausgehend von einer Erkrankung der Knocheninsertionen; die Möglichkeit einer primären Entstehung muss wohl auch zugegeben werden, auch muss man sich daran erinnern, dass der Muskel zwischen den beiden Blättern der Fascia colli liegt, dass also das tiefliegende Blatt der Fascie den hinteren Teil seiner Scheide bildet. Hier befinden sich im lockeren Bindegewebe Drüsen, welche mit den Rachenorganen in Gefässverbindung stehen; vereitert nun eine solche, vielleicht von vornherein abnorm an den Muskel fixierte Drüse, so kann wohl ein Abscess im Muskel entstehen. In obigem Falle scheint der Vorgang sich so ähnlich abgespielt zu haben, denn es wurde eruiert, das Pat. kurz vorher eine Halsentzündung

Digitized by Google

durchgemacht hatte, — also wahrscheinlich Eiterung durch Infection von den Pharynxorganen aus.

---

200) J. Hainebach (Frankfurt a. M.). Beitrag zur Aetiologie des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers.

(Deutsche medic. Wochenschr. 1899 No. 26.)

8jähr. Knabe hat früher Diphtherie, Masern, Varicellen, sowie wiederholt Mandelentzündung gehabt, sonst ist er stets gesund gewesen. Nach der Angabe der Mutter hat er in den letzten 2 Tagen schlecht ausgesehen, wenig Appetit gehabt, wohl auch etwas gefiebert und über Gefühl von Kratzen im Halse geklagt, auch hat er 2mal morgens erbrochen.

H. sah den Pat., der über Kopfschmerzen, Kratzen im Halse und geringe Empfindlichkeit beim Schlucken klagte, zuerst am 20. II. Zunge kaum belegt, Rachen nicht gerötet, Rachenteile völlig normal. Die linken Unterkieferdrüsen sichtbar geschwollen, ferner deutlich sichtbare Schwellung hinter dem rechten M. sternocleidomastoideus. Man fühlte die Lymphdrüsen am Unterkiefer und vor dem M. sternocleidomastoideus beiderseits, links mehr als rechts, bohnen- bis haselnussgross geschwollen, mässig hart, leicht von einander abgrenzbar. Einige kleinere Drüsen fühlte man auch hinter dem linken M. sternocleidomast., eine fast wallnussgrosse hinter dem rechten. Alle geschwollenen Drüsen druckempfindlich, Bewegungen des Kopfes schmerzhaft. Sonstige Drüsenanschwellungen nicht zu constatieren. Uebrige Organe normal. Kein Fieber.

Am nächsten Tage Befinden weniger gut, Drüsen noch empfindlicher. Die Temperatur stieg bis 39,8°. Rachenorgane durchaus normal.

Das Fieber hielt am 22. in gleicher Höhe an; im Laufe des Tages 2mal Erbrechen. Kopfschmerzen und Schmerzen im Leibe. Leichte Somnolenz. Empfindlichkeit der Drüsen etwas geringer. Gesicht leicht gedunsen. Zunge feucht, aber dick belegt; Foetor ex ore. Temp. erreicht 40°, Puls ziemlich gespannt. Leib in der Nabelgegend etwas druckempfindlich; Stuhlgang erst auf Abführmittel. Der Mutter war an diesem Tage die dunkle Farbe des Urins aufgefallen. Derselbe an Menge vermindert, stark blutig gefärbt, enthält viel Eiweiss, im Sediment sehr reichlich Blutelemente und zahlreiche Leukocyten, Nierenepithelien und Blut- und Epithelcylinder.

In den folgenden Tagen besserte sich das Allgemeinbefinden ziemlich rasch, während Blut- und Eiweissgehalt des Urins abnahmen und auch die Drüsenschwellungen etwas zurückgingen. Dagegen trat ohne Verschlechterung des subjectiven Befindens eine durch Perkussion und Palpation nachweisbare Leberschwellung auf, die am 28. II. die Nabelhorizontale erreichte. Milz nicht fühlbar, perkussorisch aber etwas vergrössert. Temp. noch subfebril. Blut- und Eiweissgehalt des Urins am 29. nur noch ganz gering, bei normaler Temp.

Diese Besserung hielt an bis zum 2. III. Da trat ohne ersichtliche Ursache unter mässigem Fieber (38,4°) eine erneute Schwellung der Halsdrüsen auf, gleichzeitig nahm der Blut- und Eiweissgehalt des Urins beträchlich zu. Von nun an machte die Besserung langsame, aber stetige Fortschritte. Am 7. III. Leber- und Milzschwellung nicht mehr nachweisbar, vom 8. III. ab war Pat. fieberfrei, doch konnte er erst Ende März das Bett verlassen. Die Drüsenschwellungen gingen sehr langsam zurück, und auch geringe Empfindlichkeit war noch fast 14 Tage lang vorhanden. Der Blut- und Eiweissgehalt des Urins nahm zwar zunächst ziemlich rasch ab, aber noch bis in die 1. Woche des Aprils hinein liessen sich stets Albumen in Spuren und vereinzelte Cylinder und Blutelemente im Harnsediment nachweisen. Erst von da ab konnte Pat. als völlig genesen betrachtet werden.

Die Behandlung bestand zuerst im Auflegen eines Wattverbandes mit Ung. Kal. jodat. auf die Drüsen, — ohne Erfolg. Erst hydropathische Umschläge linderten die Schmerzen etwas. Die Nephritis wurde in üblicher Weise behandelt.

Sehr bemerkenswert war, das wenige Tage nach Erkrankung des Knaben (20. II.) die 17 jähr. Schwester, und wieder 3 Wochen später der 12 jährige Bruder an typischer fieberhafter folliculärer Angina erkrankten, die ihren gewöhnlichen Verlauf nahm. H. konnte sich dem Eindruck nicht entziehen,

Digitized by Google

dass die gleiche Infection, die sich bei den beiden Geschwistern als Mandelentzündung äusserte, bei obigem Pat. das Bild des Drüsenfiebers mit hämorrhagischer Nephritis hervorgebracht hatte, um so mehr, als der Knabe wiederholt schon an Angina gelitten hatte, also eine gewisse Disposition für die doch wohl durch Strepto- oder Staphylokokken bedingte Infection documentierte, und auch jetzt die ganze Art der Erkrankung auf Rachen- und Nasenrachenraum der Eintrittspforte hinwiesen. Man muss annehmen, das jene Kokken unter gewissen, bis jetzt noch nicht bekannten Bedingungen die Rachenorgane, ohne hier zu haften, passieren und dann eine Entzündung der regionären Lymphdrüsen und Allgemeininfection verursachen!

---

201) **R. Pott.** Die „Mundfäule der Kinder" und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 30.)

Unter „Mundfäule" will P. nicht jene schweren ulcerösen Entzündungen der Mund- und Wangenschleimhaut verstanden wissen, die gelegentlich zu tiefer greifenden Geschwüren, zur Gangrän, zum Lockerwerden und Ausfallen der Zähne, zur Kiefernekrose führen. Diese Mundfäule ist bei Kindern äusserst selten und wohl nie vor dem 5. oder 6. Lebensjahre. Der Laie bezeichnet als „Mundfäule" alle während der 1. Zahnungsperiode auftretenden Stomatiden, er unterscheidet weder die Stomatitis catarrhalis von der ulcerosa noch von der aphthosa. Nicht ganz mit Unrecht, denn häufig genug beobachtet man Uebergänge von einer Form zu andern, gleichzeitiges Vorhandensein bei demselben Kinde u. s. w.

Was die Aetiologie anbetrifft, so gelangt P. bei Durchsicht seines Materials zur Ansicht, dass die weitaus grösste Zahl dieser Affectionen mit der Zahnungsperiode zusammenfällt, ferner das Lädierungen der Mundschleimhaut eine grosse Rolle spielen, die natürlich gerade zur Zeit der Zahnung, wo die Schleimhaut grössere Succulenz und grösseren Blutreichtum zeigt, besonders deletär wirken müssen. Die unzweckmässige Reinigung des Mundes, das continuierliche Saugen an Gummipfropfen u. dgl. führen zur Maceration, zur Abstossung der Epithelien, zu Defecten, die wiederum Entzündungs- und Eitererregern, speziell Strepto- und Staphylokokken Thür und Thor öffnen. P. fasst die Stomatitis also als primäre Lokalinfection auf. Freilich kommt es bei dieser Lokalerkrankung gar oft auch zur Alteration des Allgemeinbefindens, zu Fieber, Drüsenschwellungen, dyspeptischen Zuständen, vereinzelt selbst zu erheblichen Störungen von Seiten des Verdauungstractus. Freilich könnten letztere zur Mundfäule auch insofern in einem Abhängigkeitsverhältnisse stehen, als die Schädlichkeiten, welche die Stomatitis hervorriefen, auch als Ursache diese Darmkatarrhe, Brechdurchfälle etc. anzusehen wären, sodass also vom Magendarmkanal aus eine Infection erfolgte, die sich auch durch Entzündungen in der Mundhöhle documentierte. Thatsächlich ist dies der Fall nach Genuss roher Milch (oder Butter) von an Maul- und Klauenseuche

Digitized by Google

erkrankten Kühen. Vor mehreren Jahren machten P. und andere Aerzte in Halle die Erfahrung, dass eine ungewöhnlich grosse Anzahl von Kindern, speziell der besseren Clientel, an Stomatitis aphthosa erkrankten. Es ergab sich, dass diese Kinder sämtlich Milch aus dem landwirtschaftlichen Institut erhielten. Wenige Tage später wurde hier die Maul- und Klauenseuche constatiert. Während aber bei den Tieren Blasenbildungen charakteristisch sind, fand man bei den Kindern solche nicht; bei ihnen scheint es zu solchen selten zu kommen, was aber nicht abhalten darf, einen ätiologischen Zusammenhang anzunehmen. Ein solcher wurde auch von einem Arzt durch eine fast experimentell beweisende Kraft besitzende Beobachtung klargestellt. Die Kühe, welche der Familie des Arztes Milch lieferten, waren an Maul- und Klauenseuche erkrankt, die Kinder nun, welche die Milch ungekocht tranken, bekamen unter leichten Fiebererscheinungen Bläschen an Mund und Zunge, und als diejenigen, welche sonst gekochte genossen, experimenti causa ungekochte bekamen, wurden auch sie inficiert.

Steht es nun einerseits fest, dass die Maul- und Klauenseuche auf den Menschen und speziell auf Kinder übertragen werden kann, und liegt der Gedanke nahe, diesen Entstehungsmodus bei der in epidemischer Verbreitung auftretenden „Mundfäule der Kinder“ anzunehmen, so steht es auch ebenso sicher fest, dass analoge, ja man kann sagen, klinisch völlig identische Affectionen der Zungen- und Mundhöhlenschleimhaut bei Kindern auftreten, wo mit Sicherheit jede Möglichkeit einer Infection mit Maul- und Klauenseuche ausgeschlossen werden kann. Man müsste sonst zu der sehr gewagten Hypothese seine Zuflucht nehmen, dass diese Erkrankungen nicht auf den Genuss der inficierten Milch zurückzuführen seien, sondern auf ein von den erkrankten Tieren ausgehendes, sehr flüchtiges, durch die Luft auf weite Entfernungen hin verschlepptes Contagium. Wo die Maul- und Klauenseuche fast stationär ist, entbehrt diese Annahme wenigstens nicht jeder Grundlage, wohl aber da, wo jene Seuche ganz selten auftritt.

Ueberhaupt ist die Ansteckungsfähigkeit der Mundfäule der Kinder von Mensch zu Mensch oder von Mensch auf Tiere experimentell noch keineswegs festgestellt worden. Unzweifelhaft kommen Fälle vor, wo verschiedene Familienmitglieder gleichzeitig an Mundfäule erkranken. Das gilt für Stomatitis ulcerosa, wie für aphthosa. Aber solche Epidemien sind selten; R. beobachtete sie nur 7 mal. Man hat dies gleichzeitige Befallenwerden auf Einwirkung derselben schädlichen Ursachen zurückgeführt, doch glaubt P., dass eine Ansteckung wirklich stattfindet, aber wohl ausschliesslich durch Contactinfection (Küsse, beschmutzte Finger etc.).

---

202) **Th. Escherich.** Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1899.)

E. teilt nicht die landläufige Ansicht, dass der Soor eine ganz harmlose und für den Verlauf der Grundkrankheit irrelevante Erkrankung ist. Abgesehen von dem tiefen Eindringen der Soorfäden

Digitized by Google

in Geschwüre sieht man in seinem Verlaufe durch die begleitende Kokkenmischinfection schwere entzündliche Veränderungen der Mundschleimhaut, Verschlimmerung der Darmaffection und septische Zustände, endlich eine direkte Behinderung des Schlingactes durch Membranbildung im Oesophagus eintreten; es ist begreiflich, dass so eine nicht geringe Anzahl von Todesfällen auf Soor zu beziehen ist, und dass man suchen muss, dieses Leidens möglichst rasch Herr zu werden.

E. hat nun in dem Borsäureschnuller, den er seit 3 Monaten in seiner Klinik mit bestem Erfolg anwendet, ein Mittel gefunden, welches die Beseitigung der Soorauflagerung und die Verhinderung ihrer Wiederkehr ohne machanisches Eingreifen gestattet. Dieser Schnuller besteht aus einem Bäuschchen sterilisierter Watte, beladen mit fein pulverisierter, mit etwas Saccharin versetzter, Borsäure (von der etwa 0,2 gewöhnlich haften bleibt); das Bäuschchen wird in ein aus Seide oder feinem Battist geschnittenen sterilisierten Läppchen eingebunden und dem Kinde gereicht, das es fast stets gern benutzt (auch während des Schlafens oft!), dabei lebhafte Saug- und Kaubewegungen ausführend, sodass durch den Speichel das Pulver allmählig gelöst wird (in der Regel wird erst nach 24 Stunden ein neuer Schnuller nötig). Der Effect ist bei gut saugenden Kindern ein zauberhafter; in leichten Fällen sind die Auflagerungen meist schon nach 24 Stunden fast gänzlich weg, ohne dass man irgend eine Schädigung des Pat. durch das Pulver bemerkt. So wirkt der Schnuller fast ausnahmslos, nur bei moribunden Kindern versagt er; er kann deshalb bedingungslos empfohlen werden.

---

203) **Fr. Göppert.** Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.)

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1899, Bd. 49, Heft 1.)

G. wandte bei Stomatitis aphthosa und ulcerosa, um den die Nahrungsaufnahme verweigernden Kindern diese zu ermöglichen, entweder Aneson (Lösung von Acetonchloroform) oder Orthoform an. Beide wirkten prompt, indem sie die Schmerzen linderten (ohne aber Einfluss auf die Krankheit selbst zu haben). Zwischen beiden Mitteln kann nur der Preis, die Annehmlichkeit der Anwendung etc. den Ausschlag geben. Zur Behandlung einer Stomatitis braucht man im Ganzen etwa 25 g (bei schwererer 50 g) Aneson; Preis M. 1,75 resp. 2,70. Von Orthoform braucht man 3—5 g (etwa M. 2), wozu noch die Kosten für einen guten Pulverbläser kommen, da man sonst erheblich mehr braucht. Manche Mütter verstanden nur das eine oder andere gut zu applicieren. Aneson ist etwas schwieriger anzuwenden, dagegen ist sein Geschmack angenehmer, als Orthoform. G. hat folgende Anwendungsweise erprobt: das Aneson wird 15 Minuten vor dem Essen mit einem kleinen Wattepinsel vorsichtig (ohne Reiben!) auf die Schleimhaut gepinselt (an stärker erkrankten Stellen lässt man den Pinsel länger verweilen!); nach 5 Minuten abermaliges Pinseln (es ist empfehlenswert, das 1. Mal etwa 8—10 g zu verwenden, um dem Kinde vollständige Schmerzlosigkeit zu ver-

Digitized by Google

schaffen); 5—10 Minuten nach der letzten Pinselung wird das Essen gereicht. Orthoform blase man 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit ein (am sparsamsten mit dem Jurasz'schen Pulverbläser). [1])

---

204) **A. Schlossmann.** Ueber die therapeutische Verwendung colloidaler Metalle.

(Aus der Kinderpoliklinik in der Johannstadt zu Dresden.)

(Therap. Monatshefte 1899 No. 5.)

S. hat zunächst über 1 Jahr physiologische und bacteriologische Untersuchungen über diese Präparate angestellt. Dieselben ergeben, dass das colloidale Silber bei den zur therapeutischen Verwendung gelangenden Dosen absolut ungiftig ist. Subcutan, per os, per inunctionem, sowie intraperitoneal appliciert, und zwar bei Tieren bis zu 1:360 des Körpergewichts, machten sie nie Vergiftungssymptome. In Milch mit etwas Zucker versetzt, wird die 1 %ige Lösung von Kindern widerstandslos genommen. Eine 1 %ige Lösung in mit Eiweiss versetztem Wasser hat absolut keine reizende Wirkung auf gesunde, wie auf entzündete Schleimhäute. Bei Einträufelung ins Auge hat man keine Empfindung. Auch die Applikation an anderen Schleimhäuten wird durchaus nicht schmerzhaft empfunden. Bacteriologisch erwies sich die Lösung des colloidalen Silbers als äusserst wirksam, die des Sublimats übertreffend (schon ein Zusatz von ½—1:10 ccm einer 1 %igen Lösung zu Agarplatten verhindert jedes Wachstum von pyogenen Kokken, Diphtherie- und Colibazillen etc.).

Das colloidale Silber wurde bei Kranken in Salbenform (als Unguent. Credé) und in 1 %iger Eiweisslösung verwandt, sowohl äusserlich, als auch subcutan und innerlich. Ung. Credé wurde benutzt bei Phlegmonen, Pemphigus neonatorum, Drüsenschwellungen nach Impfung, Scharlach und Diphtherie. In einigen Fällen von phlegmonösen Entzündungen sah S. guten Erfolg, in anderen nicht. Bei Drüsenschwellung infolge acuter Infectionskrankheiten sah S. regelmässig rasche Abschwellung eintreten und manche Drüse, deren Abscedierung man sonst sicher erwartet hätte, sich zurückbilden. Bei tiefsitzenden Drüsenschwellungen wurden subcutane Einspritzungen mit colloidalem Silber einige Male gemacht, die schmerzlos waren und befriedigend wirkten.

Die weitgehendsten Erfahrungen mit dem Präparat hat S. bei acuter Conjunctivitis, besonders der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhöe, wo die Conjunctiva mittelst Haarpinsels mit 1—5 %iger Lösung (eiweisshaltig) bepinselt wurde. Der Erfolg war stets ein vorzüglicher, sodass S. das colloidale Silber an die Spitze aller hier empfohlener Mittel stellt, zumal die Instillation völlig schmerzlos ist. Schon nach der 1. Pinselung trat stets Besserung ein, und nicht selten schon nach 4—5 Tagen Heilung. Unübertrefflich ist das Präparat ferner bei Colicystitis. Es wurden nach Ausspülung der Blase mit lauwarmem Wasser 100 ccm der 1 %igen Lösung nachgegossen,

---

[1]) Zu beziehen von W. Walb, Heidelberg.

Digitized by Google

worauf fast momentaner Erfolg eintrat; Fieberabfall, Hebung des Allgemeinbefindens und Sterilität des Urins wurden ausnahmslos darauf beobachtet.

Die interne Darreichung einer 1 %igen Lösung (1—2 stündl. 1 Kinderlöffel in etwas Milch oder Syrup) erwies sich ferner bei acuten infectiösen Darmaffectionen als recht wirksam.

Colloidales Quecksilber verwandte S. bei kindlicher Syphilis. Schmierkuren mit 10 %iger Salbe (als Constituens derselben wurde die Grundlage des Coldcreams benutzt), 2 g für jede Einreibung, brachten die luetischen Symptome rasch zum Verschwinden, ohne toxische Erscheinungen hervorzubringen oder das Allgemeinbefinden zu alterieren; im Gegenteil, während bei grauer Salbe meist Stillstand oder Absinken der Gewichtscurve eintrat, nahmen die kleinen Pat. hier noch zu.

S. kommt zu folgendem Resumé: Das Silber in seiner colloidalen Modifikation — S. betrachtet es freilich als wesentliche Forderung, den Lösungen Eiweiss (zu 200 ccm etwa das geschlagene Weisse eines Hühnereies) zuzusetzen — ist ein vorzügliches, nicht reizendes, ungiftiges Antisepticum, das nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in der internen Medicin ausprobiert zu werden verdient; für infectiöse Erkrankungen der Schleimhäute, vor allem der Ophthalmoblennorrhöe und Colicystitis, giebt es kein anderes Mittel, das gleich intensiv und rasch den Krankheitsprocess zur Ausheilung führt. Das colloidale Quecksilber verdient infolge seiner geringen toxischen Eigenschaften, seiner leichten Resorbierbarkeit und seiner prompten Wirkung jedenfalls die allgemeinste Beachtung.

---

205) **C. Berdach.** Fall von Lues hereditaria tarda.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 19.)

B. stellte in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (5. V. 99) einen 16 jähr. Knaben vor, der, wie seine Mutter mit Bestimmtheit angiebt, bis vor ca. 2½ Jahren stets gesund gewesen ist. Um diese Zeit wurde eine in der Nacht häufig schmerzhafte Anschwellung beider Schienbeine bemerkt, welche in der Folge beträchtlich zunahm. Seit ungefähr 2 Monaten trat auch eine Auftreibung des linken Humerus in seinem unteren Drittel und eine über wallnussgrosse Anschwellung im linken Schlüsselbein auf. Der Vater war bereits vor der Ehe luetisch, bei der Mutter manifestierte sich diese Krankheit erst einige Monate nach der Geburt dieses Knaben.

Die Untersuchung des in seiner Entwickelung stark zurückgebliebenen, anämischen Kranken ergiebt starke periostale und ostale Schwellungen an den bezeichneten Knochen, aber keinerlei nachweisbare Veränderungen an den inneren Organen, an Zähnen, Augen, Ohren etc.

Die meisten Autoren glauben nicht an hereditäre Lues tarda, indem sie annehmen, dass die nach der Geburt gewiss vorhanden gewesenen secundären Erscheinungen leicht übersehen worden sein konnten. Hier möchte B. dennoch eine Lues hereditaria tarda annehmen, da die intelligente Mutter (sie sowie ihr Mann gestanden

Digitized by Google

ihre Erkrankungen sofort ein) versicherte, das Kind sei gesund zur Welt gekommen und bis $2^1/_2$ Jahren völlig gesund gewesen; Angaben welche durch den Mangel jedweder Anzeichen (Narben) abgelaufener Processe an Haut und Schleimhäuten Bestätigung finden.

---

206) **H. De Stella.** Rhinitis gonorrhoica bei Kindern.

(Belge méd. 1899 No. 4. — Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No 9.)

Wenn man bedenkt, das die Nasenschleimhaut keinen besonderen Widerstand der gonorrhoischen Infection bietet und dass die offene Nase der Infection in der mütterlichen Vagina während der Geburt weit zugänglicher ist, als die durch die Lider geschützten Augen, so muss man sich wundern, dass so wenig von der gonorrhoischen Rhinitis gesprochen wird. Selten ist die Affection nicht, denn St. konnte auf der Eeman'schen Klinik in den letzten Monaten allein 15 Fälle sammeln, von denen bei 9 der Gonokokkus sicher nachgewiesen werden konnte, während bei den anderen nur zahlreiche Eiterkokken zu entdecken waren.

Die Aetiologie ist eine einfache. Entweder wird das Kind in der mütterlichen Vagina angesteckt — meist litten die Mütter schon während der Gravidität an einer suspecten Vaginitis — und schon mit der Affection geboren, oder die Infection kommt später durch eitrige Ophthalmie zustande. In allen Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr.

Das klinische Bild ist ein typisches. Die Pat. halten den Mund offen, lassen die Brust schon nach einigen Minuten los, schlafen mit offenem Munde und schnarchen. Die Nase ist angefüllt mit Eiterwasser, die Schleimhaut rot und geschwollen. Oft ist daneben Ophthalmie vorhanden. Die Diagnose ist freilich erst sicher, wenn Gonokokken sich vorfinden.

Die Prognose ist günstig, wenn das Leiden rechtzeitig erkannt wird. Sonst kommen infolge der Luftpassage durch den Mund leicht Laryngitiden, Bronchitiden, Lugenaffectionen zustande, auch sekundäre Infectionen, indem der Gonokokkus die bactericide Wirkung des Nasenschleimes herabsetzt.

Die Behandlung besteht nach Lermoyez in Ausspülungen der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasen von:

Rp. Argent. nitr. 0,2
Talk. 10,0

St. bepinselt täglich die Nasenschleimhaut mit einem in 2—3 % ige Protargollösung getränkten Pinsel und lässt dreimal tägl. einstreichen:

Rp. Acid. boric. 1,5.
Menthol. 0,15
Vaselin. 15,0

Prophylactisch sollten in verdächtigen Fällen den Kindern in die Nase einige Tropfen einer Sublimat- (1 : 2000) oder Protargollösung (1 : 80) eingeträufelt werden.


Digitized by Google

207) **H. Stein.** Ein Fall schweren complicierten Erysipels nach ritueller Circumcision.

(Wiener klin. Rundschau 1899 No. 25.)

Am 6. XI. 98 wurde St. zu einem 15 Tage alten Knaben gerufen, bei dem 8 Tage vorher die rituelle Circumcision von nicht ärztlicher Seite ausgeführt worden war. Das Kind hatte hohes Fieber (39,6°) und eine Schwellung und Rötung der Haut des Penis und insbesondere des die Glans penis vollkommen einhüllenden, in einen roten, dicken, starren Wulst umgewandelten Praeputiums. Die Urethralmündung war völlig unsichtbar, der Urin wurde nicht im Strahl entleert, sondern rann aus dem Praeputialsack herab. In mässigem Grade erstreckten sich Rötung und Schwellung auf die unterste Bauchregion, viel intensiver jedoch war die Scrotalhaut, die Haut des Perineums und beider Oberschenkel ergriffen. Die erkrankte Haut grenzte sich durch den charakteristischen Rand des Erysipels von der gesunden Haut ab. (Therapie: essigsaure Thonerdeumschläge). An den folgenden Tagen wanderte das Erysipel bei constant hohem Fieber über Oberschenkel, Unterschenkel, Füsse. dann über den ganzen Rücken, Brust, Ober- und Unterarme, auf die Hände. Nach 9 Tagen blasste die Haut auch an den zuletzt ergriffenen Stellen ab. Am nächsten Tage erfolgte aber neuerlicher Fieberanstieg unter gleichzeitiger Entwickelung einer apfelgrossen weichen Schwellung am Rücken über den Lendenwirbeln, die 24 Stunden später schon mehr als die doppelte Grösse erreicht hatte, beinahe $^1/_3$ der Rückenfläche einnahm und deutlich fluctuierte; Haut darüber nur wenig gerötet. Incisionen eröffneten einen bis an die Wirbelknochen reichenden Abscess. Xeroformverband. Am nächsten Tage war schon ein neuer grosser Abscess am Kreuzbein entwickelt, (Incision), Tags darauf ein Abscess an der rechten Kniescheibe (Incision). So ging es Tag für Tag; immer neue Eiterherde an den verschiedensten Stellen traten auf, die durch ihr rasches Aufschiessen und ihre rapide Grössenentwickelung frappierten. Insbesondere bildeten sie sich in der Gegend von Gelenken und über Knochen, doch auch an der Bauchhaut in ununterbrochener Reihenfolge durch einen ganzen Monat, sie reichten mitunter unheimlich tief an die Gelenke oder unter die Muskelschichten des Bauches hinein. Mitte December hörte diese Abscessbildung ganz auf, das Kind blieb — die ganze Zeit von einer Amme, die das Kind trotz eigener Gefahr nicht absetzte, genährt und dadurch wahrscheinlich gerettet — am Leben, mit Narben und Schnitten bedeckt.

Durch die Circumcision — dieselbe hatte dabei das Praeputium gar nicht lädiert, es war in seiner ganzen Länge die Glans penis bedeckend erhalten geblieben — war also das Kind in imminente Lebensgefahr gebracht worden, was von Neuem beweist, wie gefährlich es ist, diese Operation Laien zu überlassen. Henoch hat einen ganz ähnlichen Fall erlebt, der gleichfalls durch kolossale Abscessbildung compliciert war und sogar unter peritonealen Erscheinungen letal endete.

---

208) **Lorenz.** Ein Fall von Fremdkörperentzündung in der Haut.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 18.)

Im Greifswalder medicin. Verein (11. III. 99.) berichtet L. Folgendes.

Bei einem 4jährigen Kinde entwickelte sich im Verlaufe von 4 Monaten ein geschwulstartiger Knoten in der Kopfhaut bis zur Grösse eines Markstückes. Die vermeintliche maligne Geschwulst wurde exstirpiert; auf dem Durchschnitt sah man schon mit blossem Auge unter dem Epithel gelblich-bräunliche Stellen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung nicht, wie vermutet, als melanotische Gewebe, sondern als Fremdkörper auswiesen. Sie bestanden aus Conglomeraten gelblich gefärbter Pflanzenfasern, wie man solche in den Faeces zu sehen gewohnt ist; sie lagen teils unter, teils im Epithel, das zum grössten Teil den vermeintlichen Tumor überkleidete. Dieser war leicht papillär und bestand aus frischeren

Digitized by Google

und älteren entzündlichen Wucherungen, Narbengewebe, Granulationsgewebe, Herden von kleinzelliger Infiltration mit Riesenzellen.

Der Process ist offenbar so zu erklären, dass bei dem vielleicht in der Wartung vernachlässigten Kinde in die geschwürig veränderte Kopfhaut Kotteile eingerieben worden sind, entweder von dem Kinde selbst, oder durch Bettwäsche u. dgl. Die Fremdkörper haben einen dauernden Reiz unterhalten, der zur entzündlichen Bindegewebsneubildung führte und so den Tumor vortäuschte.

Der Fall kann auch als Schlüssel für die Deutung so manchen Knotens in der Haut dienen, der ebenfalls auf entzündlicher Basis entstanden ist, aber zur Zeit, wo er zur Untersuchung gelangt, die reizenden Fremdkörper nicht mehr enthält.

---

209) **P. G. Unna.** Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, compliciert mit Katarrhen des Auges.
(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 No. 1.)

U. schreibt: „Eine gewisse Schwierigkeit besteht für den Dermatologen und — wie ich mich genugsam zu überzeugen Gelegenheit hatte — auch für den Ophthalmologen bei der so häufigen Combination von Ekzem der Augenlider und angrenzenden Haut mit solchen Conjunctivitiden und Blepharitiden, welche reichliches, die Lidränder überspülendes Sekret liefern. Es entsteht dann immer ein Circulus vitiosus, indem das Ekzema circumorbitale Reiben und Scheuern der Augengegend veranlasst und dieses wiederum zu stärkerer Hyperämie und Sekretion des Conjunctivalsackes führt, die das Ekzem verschlimmert. In der poliklin. Kinderpraxis wird die Gruppe dieser Fälle noch um ein Beträchtliches vergrössert durch die Combination von Impetigo vulgaris mit äusseren, eitrigen Ophthalmien (Keratitis, Conjunctivitis). In der That wird durch keinen anderen Umstand der Hautboden des Gesichts bei Kindern für das Auftreten und Umsichgreifen der Impetigo vulgaris so gut präpariert, wie durch die Präexistenz oder das Hinzutreten eines derartigen Augenleidens, wobei ich die Frage anregen möchte, ob es sich in diesen häufigen Fällen überhaupt immer nur um eine zufällige Combination oder um einen ätiologischen Zusammenhang handelt, insofern die Impetigo vulgaris-Kokken möglicherweise bei der Entstehung dieser Augenleiden eine wesentliche Rolle spielen.

In weniger direkter, aber immerhin bemerkenswerter, ähnlicher Weise unterstützen sich Hautleiden und Schleimhautleiden an der letzten Ausgangspforte des Thränensekrets, an den Nasenlöchern. Auch hier wird die Haut der Oberlippe bei überreichlicher Benetzung durch das Sekret der entzündeten Augen für Ekzem und Impetigo vulgaris präpariert, falls das Sekret nicht schon selbst die betreffenden Organismen an diese etwas entferntere Hautstelle verpflanzt. Die hier entstehenden Krusten zusammen mit dem sich anstauenden und eintrocknenden schleimig-eitrigen Sekret des Auges und der Nase geben wiederum zu einer Rückstauung des Conjunctivalsekrets Anlass, umsomehr, als bei der eintretenden Empfindlichkeit von Nase und Ober-

Digitized by Google

lippe die Mütter der Kinder sich oft scheuen, das Nasensekret in üblicher Weise zu entfernen. So macht sich auch hier, wenn auch in indirekter Weise, ein Circulus vitiosus geltend.

Während nun in nicht complicierten Fällen von Impetigo vulgaris und Ekzem die Therapie relativ einfach ist, dort das reichliche Auftragen von Pasta Zink. sulfurata mit Reinlichkeit und Entfernung der Krusten, hier das Ung. Resorcin. comp., abwechselnd mit Zinkpaste oder Zinkschwefelpaste und Puder zur Heilung hinreicht, liegt uns in den mit Augenkatarrhen complicierten Fällen zunächst die Beseitigung der letzteren ob, ohne welche die gründliche Heilung der Hautkatarrhe in der Umgebung des Auges nicht möglich ist. Ich sehe hier davon ab, welche Behandlung der Conjunctiva nach ophthalmologischen Grundsätzen in diesen Fällen erforderlich ist, und beschränke mich auf einen prakt. Fingerzeig für die dermatologische Behandlung der Augenlider resp. Lidkanten und die nächste Umgebung der Orbita. Hier gilt es, die ekzematösen Veränderungen rasch zu beseitigen und zugleich dieselben Hautstellen vor dem Sekret des Auges und bei Kindern auch vor dem reflektorischen Reiben der Lider zu bewahren. Diesen beiden Indikationen entspricht nun auf das einfachste die feste Bedeckung der ganzen Orbita und Umgebung mit einem Salbenmull, der so gewählt ist, dass er zugleich antiekzematös wirkt und die Entzündung der Conjunctiva günstig beeinflusst. Der Nebeneffect des Salbenmulls ist eben die starke Einfettung der Augenumgebung, womit die schädliche Einwirkung des Augensekrets aufgehoben ist. Am meisten zu empfehlen ist der Zink-Ichthyol- und der Zink-Quecksilberoxyd-Salbenmull. Ein ganz besonderer Vorzug dieser Salbenmullbehandlung ist, dass man sie mit einer feuchten Behandlung der Lider combinieren kann. Denn der Salbenmull ist nahezu undurchgängig für Wasserdunst und wirkt demgemäss auf eine untergeschobene feuchte Compresse wie ein Stück Guttaperchapapier, ohne dessen schädliche Nebenwirkung auf die ohnehin übermässig erweichte Haut der Umgebung zu entfalten. Ich habe diese Combination — Wattebäuschchen auf den Lidern mit Bleiwasser, Camillenwasser, Fenchelwasser, Borwasser, Burow'sche Lösung, Cocainlösung oder dgl. angefeuchtet und derartig bedeckt mit einem der genannten Salbenmulle, dass der letztere sich in der Gegend der Augenbrauen, oberen Backen- oder seitlichen Nasenpartien der Haut fest anschmiegt — besonders in solchen Fällen schätzen gelernt, in welchen starke Photophobie und erhebliche Augenschmerzen bestanden. Diese feuchten Umschläge, bedeckt mit Salbenmull, werden andauernder gut vertragen, als trockene oder fettige Augenverbände und sind dem Pat. natürlich von vornherein auch angenehmer; dass sie den einfachen feuchten Umschlägen, auch wenn diese adstringierende Mittel enthalten, bei der vorliegenden Complikation durchaus überlegen sind, ist selbstverständlich.

Ein wesentlicher Punkt bei dem Salbenmullverband des Auges mit oder ohne feuchte Unterlage ist sein dichtes und festes Anliegen an der Umgebung der Orbita. Man erreicht dieselbe am besten durch Auflegen eines grösseren trockenen Wattebausches, der durch eine Binde oder einen Zinkpflasterstreifen fest angedrückt wird und den Salbenmull in alle Falten des sehr unebenen Terrains hineindrückt. Bei ruhigen Pat. kann man nach einiger Zeit diese etwas warme

Digitized by Google

Bedeckung wieder fortnehmen, ohne dass der Salbenmull seine Lage verändert."

210) **H. Cramer.** Geburtshilfliche Verletzung des kindlichen Auges.

(Aus der Univers.-Frauenklinik zu Bonn.)

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 27.)

Es handelte sich um ein 4 Wochen ante terminum geborenes Kind, dessen Mutter ein ankylotisch einseitig quer verengtes Becken hatte. Es war die Zange erforderlich; aber die Anlegung der Löffel erschwerte die starke Adductionsstellung des einen Beines erheblich, und es war, nachdem die Löffel doch schliesslich gut zu beiden Seiten des Kopfes zu sitzen schienen, ziemliche Kraft erforderlich, um den Kopf durch den engen Beckenausgang zu ziehen. Sofort nach der Geburt fiel bei dem Kinde eine Blutung aus dem linken Auge auf. Die linke Stirnseite des Schädels erschien abgeplattet, über der Mitte des linken Arcus orbitalis und am linken Tuber frontale war Krepitation zu fühlen. Beim Auseinanderziehen der Augenlider erschien die Cornea collabiert; etwa über die Mitte derselben ging bis in die Sclera von innen oben nach aussen unten ein Riss. Auf der linken Seite des Kopfes liess sich der Apex der Zange in einer Drucknarbe sehr deulich erkennen, welche über den stark gequetschten obersten Teil der Ohrmuschel über die Schläfe nach vorn zum äusseren Augenwinkel und von da über die Orbitalleiste und die Stirn nach aufwärts und hinten zog (rechts war die Drucknarbe weniger deutlich). C. streute in die Lidspalte etwas Jodoform und legte einen antiseptischen Druckverband an. In den ersten 5 Tagen schrie das Kind viel, dann aber nahm es gut die Flasche und entwickelte sich normal. Es gelang, das verletzte Auge aseptisch zu erhalten, es entwickelte sich Phthisis bulbi ohne entzündliche Complikationen, und am 15. Tage post part. konnte das Kind mit völlig geschrumpftem linken Auge sonst gesund entlassen werden.

Der Vorgang war hier zweifellos der, dass, dadurch dass Stirnbein und Arcus orbitalis fracturierten, die Augenhöhle direct dem Druck der Zange und der engen Geburtswege ausgesetzt wurde, sodass eine Quetschung des Bulbus entstand, die schliesslich zum Zerplatzen desselben vorn in der Cornea führte. Jene Fracturen aber waren sicher durch die Zange bedingt und begünstigt durch den unvollkommenen Reifeprocess der Ossifikation bei dem zu früh geborenen Kinde. Der Kopf desselben wurde in Vorderhauptslage extrahiert; die Zangenlöffel lagen zu beiden Seiten des Kopfes, die Orbita musste von der Seite her comprimiert worden sein. In der That ist nun bei dieser Stellung der Löffel die Augenhöhle in ganz besonderer typischer Weise gefährdet: Sutura squamosa, vordere Seitenfontanelle und Naht zwischen Joch- und Stirnbein bilden eine fortlaufende, nachgiebige Naht. Wenn der scharfe Rand der Zangenlöffel gerade in dieser Linie zu liegen kommt,

Digitized by Google

so entsteht eine tiefe Druckfurche (s. oben), bei zu grosser Gewalt kann leicht der Schläfenteil des Arcus orbitalis einbrechen, wobei der Bulbus von der Seite her gequetscht wird.

Es liegt nun nahe, auch andere Blutungen im Auge des Neugeborenen, wie sie gar nicht selten sind, hierhin zu rechnen. Dass eine Compression der Orbita auch bei spontaner Geburt zustande kommen kann, zeigt eine Mitteilung von Hoffmann, wo der Bulbus sogar vollkommen aus der Orbita herausgequetscht wurde. Ferner beschrieb Bloch 3 Fälle von Abducenslähmung, in denen sämtlich die Drucknarben der Zange zu beiden Seiten des Kopfes nachweisbar waren; besonders charakteristisch sind hier die Drucknarben am äusseren Augenwinkel, indem sie sich mit der Nahtlinie zwischen Joch- und Stirnbein decken.

---

211) **v. Rad.** Demonstration eines Falles von Diplegia facialis, combiniert mit Ophthalmoplegia externa.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 29.)

Dieselbe erfolgte auf dem Mittelfränk. Aerztetag (1. VII. 99.)

14 jähriger Kaufmannslehrling, aus einer mit Nervenkrankheiten nicht belasteten Familie stammend. Pat. machte mit 8 Jahren eine schwere tuberculöse Meningitis durch, seitdem besteht Unvermögen, das linke Auge völlig zu schliessen, und bleibt dasselbe beim Schlafen offen. Sonst blieb keine Störung in der Beweglichkeit des linken Facialis zurück. Ende Mai d. J. traten ohne nachweisbare Ursache plötzlich sehr heftige Schmerzen hinter beiden Ohren auf, die in beide Gesichtshälften ausstrahlten. Etwa 14 Tage darauf bemerkte Pat. eine sehr stark behinderte Beweglichkeit beider Gesichtshälften, Augenschluss, Stirnrunzeln, Lachen, Pfeifen, Verziehen des Mundes waren unmöglich, auch stellte sich Doppeltsehen beim Blick nach rechts aussen ein.

Die am 20. VI. 99 vorgenommene Untersuchung ergab beiderseitige complete Facialislähmung mit Beteiligung sämtlicher Aeste; am stärksten waren die Stirnaugenäste, am schwächsten die Unterkieferäste befallen. Gesicht ausgesprochen maskenartig, jede mimische Bewegung aufgehoben. Reflectorische Erregbarkeit völlig erloschen, mechanische gesteigert. Die elektrische Untersuchung ergiebt deutliche Entartungsreaction die Erregbarkeit vom Nerven aus ist fast erloschen, bei directer galvanischer Reizung erfolgen träge Muskelzuckungen, und überwiegt die ASZ über die KSZ. Druck auf die Austrittstellen beider Faciales hinter den Ohren am Foramen stylo-mastoid. sowie an den einzelnen Nervenreizpunkten wird als sehr schmerzhaft empfunden, auch ist die schon normalerweise bestehende Schmerzhaftigkeit bei elektrischer Reizung des Facialis bedeutend gesteigert, sodass die elektrische Untersuchung sehr erschwert ist. Gaumensegel und Geschmack völlig intakt, keine Hyperacusis.

Neben der Diplegia facialis besteht rechtsseitige Abducenslähmung mit den dafür charakteristischen Doppelbildern. Augenhintergrund normal bis auf etwas stärker gefüllte Venen. Die Untersuchung des übrigen Nervensystems ergiebt normale Verhältnisse. Von Seiten der Extremitätennerven bestehen keinerlei krankhafte Erscheinungen.

Im weiteren Verlauf blieb die Diplegia facialis unverändert bestehen, dagegen traten am 25. VI. eine Lähmung des linken Abducens ein und am 27. VI. eine solche beider Musculi interni, sowie beider N. trochleares auf. Es besteht z. Z. complete Ophthalmoplegia externa. Beweglichkeit beider Bulbi nach allen Richtungen hin eingeschränkt. Levator palpebrae beiderseits frei. Reaction auf Licht, sowie Möglichkeit zu accomodieren völlig erhalten. Von den äusseren Augenmuskeln sind am stärksten diejenigen betroffen, die den Bulbus um die vertikale Achse drehen; von den um die vertikale Achse drehenden sind die Senker stärker paretisch, als die Heber.

Auf der linken Lungenspitze abgeschwächter Schall ohne auskultatorische Erscheinungen. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Digitized by Google

In Anbetracht des Fehlens aller cerebraler Allgemeinerscheinungen und des symmetrischen acuten Auftretens der multiplen Lähmungen, sowie aus Rücksicht auf die initialen Schmerzen und die bedeutenden Druckschmerzen im Bereiche beider Faciales kann man wohl die Diagnose auf Polyneuritis stellen. Die Prognose ist nicht ungünstig; seit dem 3. VII. ist eine Besserung in der elektrischen Erregbarkeit nachweisbar.

---

212) **Heuking.** Fall von isolierter completer rechtsseitiger Serratuslähmung.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No 20.)

H. stellte im Verein St. Petersburger Aerzte (16. II. 99) den Pat., einen Knaben vor und machte zunächst auf die ausserordentliche Seltenheit dieser Lähmungsform im früheren Kindesalter aufmerksam. Die für das spätere Lebensjahr geltenden ätiologischen Momente (Trauma, Erkältung, degenerative Neuritis nach acut. Gelenkrheumatismus, Typhus, Influenza etc.) fielen hier weg, dagegen ergab die Anamnese Anhaltspunkte zur Annahme, das die Lähmung als Folge einer im 2. Lebensjahre überstandenen Attaque von Poliomyelitis anzusehen ist. So ungewöhnlich auch die Lokalisation ist — H. konnte keinen analogen Fall in der Litteratur finden —, so hat doch diese Annahme mehr Berechtigung, als der Versuch, die Lähmung im gegebenen Falle etwa durch das Vorhandensein einer primären Muskeldystrophie erklären zu wollen.

Eigentümliche Verhältnisse weist die rechte Scapula des Pat. auf. Als letzterer vor Jahresfrist — er war damals 13 Jahre alt — zu H. kam, fiel das rechte Schulterblatt dadurch auf, das es neben den direct durch die Lähmung des rechtsseitigen Serratus bedingten Stellungsanomalien auch einen auffallenden Hochstand zeigte, sodass man hätte glauben können, es mit einer Stellungsanomalie der Scapula zu thun zu haben, die 1892 Sprengel als „angeborenen Hochstand des Schulterblattes“ bezeichnete. Eine genauere Untersuchung ergab jedoch, dass im vorliegenden Falle der Hochstand durch ein Zurückbleiben des Schulterblattes im Wachstum vorgetäuscht wurde; seine Maasse waren durchweg erheblich kleiner, als die der linken Scapula. H. neigte damals der Auffassung zu, dass dies gestörte Wachstum in analoger Weise wie der hochgradige Schwund des gelähmten M. serratus auf einen durch die spinale Kinderlähmung gesetzte Verwüstung der nutritiven Ganglien des Vorderhornes zurückzuführen wäre. Eine vor kurzem ausgeführte neue Messung hat jedoch ergeben, das sich die Grössendifferenz beider Schulterblätter sehr bedeutend ausgeglichen hat. Ein derartig beschleunigtes Wachstum kommt nun an den Knochen jener Glieder, die stationäre Lähmungen im Gefolge der acut. Poliomyelitis aufzuweisen haben, nicht vor. Es kann daher sich hier nur um eine durch Inactivität bedingte Atrophie des Schulterblattes gehandelt haben, herbeigeführt durch die hochgradige Beeinträchtigung im Gebrauche des rechten Armes, welche durch die Lähmung des Serratus am kleinen, in der Benutzung seiner Glieder nach wenig geübten Kinde gesetzt wurde.

Digitized by Google

Im Laufe des letztverflossenen Jahres hat sich Pat. sehr fleissig mit heilgymnastischen Uebungen beschäftigt. Die Resultate letzterer äussserten sich in einer mächtigen Förderung der bis dahin sehr zurückgebliebenen körperlichen Entwickelung des Knaben. Insbesondere liess H. es sich angelegen sein, die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zu heben, und unter dem Einfluss dieser consequent durchgeführten Uebungen ist es gelungen, trotz nach wie vor bestehendem Ausfall der Serratus-Function dem Knaben zu einem muskelstarken geschickten Arm zu verhelfen. Der gesteigerten functionellen Inanspruchnahme des Armes ist es auch zu verdanken, dass die rechte Scapula im Laufe eines Jahres solche Fortschritte im Wachstum gemacht hat.

---

213) **W. Pasteur.** An epidemic of infantile paralysis occuring in children of the same family.

(Transactions of the clinical society of London Vol. XXX. — Centralblatt f. innere Medicin 1899 No. 24.)

In einer Familie erkrankten alle 7 Kinder innerhalb 10 Tagen acut fieberhaft mit Kopfschmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl, und 3 im Anschluss daran mit paralytischen Symptomen, während bei 2 eine vorübergehende Störung des nervösen Equilibriums sich zeigte. Nur bei dem einen Kinde lag das typische Bild einer Poliomyelitis anter. acuta vor, in den beiden andern Fällen mag die Bedingung der motorischen Störungen 1 mal im Gehirn, bei den anderen Pat. auch möglicherweise in den pheripheren Nerven gelegen haben. Katarrhalische Symptome waren nicht oder nur gering vorhanden, ebensowenig Convulsionen oder Zuckungen, Hauteruptionen oder Drüsenschwellungen; einer der Pat. bot eine geringe Angina, alle Obstipation. Sonstige Erkrankungen wurden nicht beobachtet, Influenza grassierte damals nicht, die Eltern blieben verschont.

---

214) **T. Buzzard.** Cases illustrating the infective origin of infantile paralysis.

(Lancet 1898, März 26. — Ibidem.)

B. bespricht 2 Fälle von acuter Kinderlähmung bei einem 14 jähr. und $2^1/_2$ jähr. Knaben mit 11 wöchentlicher resp. 9 monatlicher Krankheitsdauer, welche sich beide an eine Influenza anschlossen, der bei dem letzteren Falle eine schwere Pneumonieattaque voraufgegangen war. Nach einem bei der einen als Influenza angesehenen Fieberstadium wurden fernerhin 2 Schwestern von $4^1/_2$ resp. 3 Jahren binnen 6 Tagen ebenfalls von Poliomyelitis anter. acuta befallen.

---

215) **Simonini.** An epidemia di paralisi spinale infantile.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899 No. 43. — Ibidem.)

S. beschreibt eine Epidemie, die sich auf 5 Fälle im Alter von 16 Monaten bis 4 Jahren erstreckte, und ist geneigt, wenn er

Digitized by Google

auch zugiebt, dass die Ursache nicht in allen Fällen die gleiche zu sein braucht, doch die Affection als eine dem acuten Gelenkrheumatismus verwandte Krankheitsform anzusehen. Diese letztere Krankheit sei in derselben Gegend häufig, und in 2 der 5 Fälle sei gleichzeitig ein Familienglied, Vater und Grossvater an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt gewesen, in dem einen Falle habe das betreffende Kind, ein 4jähriges, 1 Jahr vorher selbst daran gelitten und eine leichte Endocarditis zurückbehalten. Auch die Beziehungen zwischen Chorea und acutem Gelenkrheumatismus zieht S. zur Unterstützung seiner Anschauung heran.

---

216) **L. Bertrand.** La paralysie douloureuse des jeunes enfants.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899 No. 21. — Ibidem.)

Die schmerzhafte Lähmung kleiner Kinder ist charakterisiert durch die vollständige Impotenz einer Extremität mit schmerzhaften Erscheinungen in Begleitung von Bewegungen. Sie tritt plötzlich, augenblicklich ein nach einem leichten Trauma. Bei Kindern von 8—10 Monaten bemerkt man sie erst nach mehrtägigem Bestehen. Meist treten die ersten Erscheinungen von Schmerz und Lähmung als Folge eines brüsken heftigen Zerrens, um das Kind vor einem Fall zu bewahren oder es aufzuheben, auf. Die Lähmung bezieht sich nur auf die Motilität, auch ist die Aufhebung der letzteren keineswegs immer eine absolute. Nach der Veranlassung ist sie meist vollständig für 24—48 Stunden. Allmählig erscheint die Beweglichkeit wieder und nimmt progressiv zu in gleichem Maasse, wie der Schmerz nachlässt. Die Sensibilität ist nicht vollständig intakt, meist besteht Hyperalgesie. Während der ersten Tage hängt die obere Extremität unbeweglich am Körper herab, mit leicht flectiertem und proniertem Vorderarm. Wenn man den Arm am Ellbogen ergreift und erhebt, fällt die Hand machtlos zurück, wie bei einer Lähmung der Extensoren. Spontane Bewegungen werden langsam und beschränkt ausgeführt aus Furcht vor Schmerz oder weil die Motilität nur in geringem Maasse zurückgekehrt ist. Passive Bewegungen sind vollauf möglich, abgesehen von den sehr lebhaften Schmerzen. Die Schmerzhaftigkeit tritt plötzlich, sehr lebhaft auf und hält wenigstens 48 Stunden an. Später zeigt sie sich nur bei spontanen oder passiven Bewegungen, besonders bei Supination und Abduction, ohne dass der Sitz des schmerzhaften Gefühls genau anzugeben wäre. Es fehlt dabei jede Deformation oder jede Störung in anatomischer Beziehung. Allmählich vermindert sich der Schmerz, die Bewegungen und Sensibilität werden im Verlauf von 4—5 Tagen völlig normal.

Was die Pathogenese anbetrifft, so kann in gewissen Fällen die Ursache eine chirurgische sein (Knochen- und Gelenktrauma). In anderen fehlt jedoch jede chirurgische Störung, es handelt sich lediglich um eine lokale nervöse Störung, sei es nun um Hemmungserscheinungen oder Lähmung infolge von Zerrung von Nervenfasern. Bei dem Fehlen jeglicher chirurgischer Veränderungen bietet die Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten. Freilich muss

Digitized by Google

man event. an Hysterie denken und auf Anzeichen davon fahnden, da auch hier so brüske Lähmungen auftreten können.

Die Prognose der Affection ist durchaus günstig, eine Behandlung nicht notwendig; in 4—8 Tagen tritt meist spontan Heilung ein.

---

217) **A. Hoffa.** Zur Lehre von der Sehnenplastik.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 30.)

H. hielt in der physik.-medic. Gesellschaft zu Würzburg (13. V. 99) über dies Thema einen Vortrag, in dem er zunächst die 3 Methoden der Sehnenplastik sonderte:

1. Kann man die Sehne eines noch vollkommen functionstüchtigen Muskels in toto durchtrennen, um seinen centralen Stumpf der Sehne des gelähmten Muskels einzuverleiben und dadurch der letzteren neue Kraft zuzuführen; diese Methode wird nur ausnahmsweise verwertet, und zwar dann, wenn der betreffende gesunde Muskel für seinen ursprünglichen Zweck entbehrlich ist. Denn nur so ist ja seine vollkommene Ausschaltung ohne Schädigung der Actionsfähigkeit des betreffenden Gliedes gerechtfertigt. Beispiel: Ueberpflanzung des gesunden Flexor carpi ulnaris auf den gelähmten Extensor digitor. comm.

2. Man durchschneidet die Sehne des gelähmten Muskels, lässt das centrale Ende derselben ganz ausser acht, näht dagegen das periphere Ende möglichst centralwärts an den kraftgebenden Muskel an. Beispiel: Paralytischer Pes equinus, bei dem der M. tibialis antic. gelähmt, der Extens. digit. comm. long. erhalten ist; man durchtrennt da die Sehne des Tibial. antic., bringt den Fuss in möglichst starke Dorsalflexion und näht nun das periphere Ende des Tibial. antic. möglichst centralwärts an die Sehne des Extens. digit. comm. long. an, womit man erreicht einmal, dass das Fussgelenk durch die vorhandene Spannung mechanisch in dorsalflectierter Lage bleibt, dann aber dass nach eingetretener Verwachsung der Sehnen jede Contraction des Extens. digit. den peripheren Tibialisteil mit sich emporzieht und so einem der Tibialis-Contraction ähnlichen Effect hervorbringt.

3. Man zweigt von der Sehne eines vollkommen erhaltenen Muskels einen Teil, etwa die Hälfte ab und vernäht diesen abgezweigten Teil dann in der notwendigen Correctiosstellung des Gelenkes mit der Sehne des gelähmten Muskels fest. Am häufigsten wird so ein Teil der Achillessehne verwertet, um die Kraft der Wadenmuskulatur für die Thätigkeit der gelähmten Mm. peronei, des gelähmten Tibial. antic. oder der gelähmten Zehenstrecker in Anspruch zu nehmen.

Vulpius nennt die Operation, bei der die Sehne des gelähmten Muskels oder ein Teil derselben an die Sehne eines functionskräftigen Muskels angenäht wird, eine „aufsteigende“ Ueberpflanzung, die, wo die functionsfähige Sehne oder ein Teil derselben auf die gelähmte Sehne transplantirt wird, eine „absteigende“. H. möchte, weil bei der ersteren eine nicht thätige, passive Sehne an eine kraftgebende angenäht wird, bei der zweiten die Sehne eine activen Muskels auf einen gelähmten Muskel übertragen wird, von „passiver“

Digitized by Google

und „activer" Transplantation werden und die Combination beider „activ-passive" Transplantation benennen.

Neben diesen Eingriffen führt man noch manchmal die Sehnenverkürzung resp. -Verlängerung aus, mit welchen Combinationen gerade die besten Resultate nach H.'s Erfahrungen erreicht werden. Beispiel: Paralytischer Pes valgus, bei der eine passive Verlängerung des M. tibalis antic. statt hat. Durchschneidet man nun die Sehne des Tibial. antic., stellt den Fuss in Dorsalflexion und Supination, schiebt die Sehnenenden des Tibial. antic. gegen einander und vernäht sie unter möglichster Anspannung der beiden durchschnittenen Enden, so erreicht man eine beträchtliche Verkürzung des Tibial. antic. und giebt ihm so die Möglichkeit. seine Function, die er wegen seiner passiven Verlängerung nicht ausüben konnte, wieder aufzunehmen. Die Sehnenverlängerung macht man nach Bayer in der Weise, dass man die Sehne in Form eines Z spaltet, die beiden Enden der Länge nach verschiebt und die Querschnitte vernäht.

Die Technik der Transplantation ist im Ganzen recht einfach. Man legt die betreffenden Sehnen blos, nachdem eine event. bestehende Contractur vorher durch redressierende Manipulationen möglichst übercorrigiert hat. Liegen nun die 2 Sehnen, die man verbinden will, nebeneinander, so näht man je nach dem Fall sie einfach aneinander oder man schiebt das eine Sehnenende durch eine Coulisse der anderen Sehne, durchflicht sie so gewissermassen und fixiert sie dann (zur Naht verwendet H. ausschliesslich durch einfaches Kochen, sterilisierte dünne Seide). Liegen die Sehnen entfernt von einander, so muss man erst den Weg bahnen, indem man mit Pincette oder Elevatorium die Weichteile, am besten subfascial, unterminiert, worauf man dann, um den zu überpflanzenden Teil seinen neuen Insertionspunkt entgegenzuführen, eine Pincette unter die Weichteilsbrücke schiebt und mittelst derselben den Sehnenzipfel durchzieht, den man aber auch mit einem stärkeren Seidenfaden, den man vorher herumgeschlungen hat, an seine richtige Stelle ziehen kann. Ehe man aber operiert, muss man sich einen genaueren Plan machen, nachdem man den Pat. gründlich untersucht hat. Da es sich nicht um gelähmte Muskeln handelt, wird man zunächst die noch functionstüchtigen, dann die geschwächten, atrophischen und die völlig gelähmten herausfinden müssen. Da es sich meist um Kinder handelt, wird man zu mehrfachem Beobachten gezwungen, besonders um eine völlige oder nur teilweise Lähmung zu differenzieren, was aber gerade sehr wichtig ist, da es sich durch die Praxis gezeigt hat, dass nur geschwächte, atrophische Muskeln sich functionell ganz bedeutend bessern oder sich gar vollkommen erholen, wenn sie den Anschluss an die durch die Sehnenoperation veränderten, mehr normalen Gelenkstellungen ihrer vorherigen starken passiven Dehnung und Zerrung enthoben werden, und dann event. sehr willkommene Mithelfer für die gewünschte normale Gelenkhaltung und Beweglichkeit werden. Ist man aber trotz genauester Prüfung nicht imstande zu unterscheiden, ob der Muskel ganz oder nur teilweise gelähmt ist, so kann man Klarheit bei der Operation selbst gewinnen, in dem man nicht nur die Sehne, sondern den Muskelbauch selbst durch eine längere Incision blosslegt, dessen Farbe dann Aufschluss giebt; der functionstüchtige Muskel ist dunkelrot, der gelähmte infolge seiner fettigen Degneration gelblichweiss, der paretische

Digitized by Google

mehr weniger rosarot verfärbt. Nach der Transplantation fixiert man das Glied in übercorrigierter Stellung mittelst Gypsverbandes. H. entfernt die Hautnähte nach 3—5 Tagen, indem er aus dem Gypsverband ein Fenster ausschneidet. Letzterer bleibt 4—8 Wochen liegen, dann noch einige Wochen lang Massage, Gymnastik, Elektrizität angewandt. Gelegentlich wird eine schon nach Abnahme des Verbandes der Erfolg sichtbar, in andern Fällen erst nach und nach, indem der Kraftspender sich gewissermassen erst an die neue Bewegung gewöhnt; in andern Fällen muss man zufrieden sein, wenn man nur die abnorme Gelenkstellung beseitigt und eine dauernde Correction der Deformität erreicht hat.

Die Frage, in welcher Weise der kraftspendende Muskel zu seiner neuen Thätigkeit angeregt wird, ist physiologisch sehr interessant, aber noch nicht definitiv entschieden und auch wohl in den verschiedenen Fällen verschieden zu beantworten. Es muss wohl durch die Transplantation gewissermassen ein neues Muskelindividuum entstehen, welches durch Anpassung der Gehirnrinde allmählig eine gewisse Selbständigkeit der Innervation und Function erlangt. Die Anpassung der Coordinationscentren an die veränderte Wirkungsweise der Muskeln erfolgt jedenfalls durch immer wiederholte centripetale sensible Erregungen aus dem Gebiete der verlagerten Muskeln. Zweifellos ist es hochinteressant, dass man zur Kraftübertragung nicht nur solche Muskeln benutzen kann, die vermöge ihrer Function den gelähmten Muskeln nahestehen, dass man vielmehr ganz entgegengesetzt wirkende Muskel zur Kraftübertragung in Anspruch nehmen kann, ohne ein schlechteres Resultat zu erzielen.

In erster Linie kommt die Operation nach spinaler Kinderlähmung in Betracht, wenn sonstige zur Heilung der Lähmung angewandte Mittel erfolglos geblieben sind. In welcher Weise hier vorgegangen wird, legt H. in einer Tabelle (s. S. 331) fest.

Aber auch bei Lähmungen aus anderer Ursache hat sich die Sehnentransplantation schon bewährt, so bei peripheren traumatischen Lähmungen (z. B. Radialislähmung nach Oberarmfractur, Peroneuslähmung infolge von Durchschneidung des N. peroneus in der Kniekehle), bei Spitzfuss infolge von Gehirnapoplexie (Vulpius), bei paralytischem Klumpfuss im Gefolge der Dystrophia muscul. progressiva, bei spastischen Paralysen (Little'sche Krankheit); endlich wurde der Eingriff ausgeführt bei traumatischen Verlusten von Sehnen und Muskeln.

Digitized by Google

Indikation.	Gewollter Effect.	Operationsmethode.	
		Verkürzung od. Verlängerung.	Transplantation.
		A. Untere Extremität.	
1. Paralytischer Spitzfuss.	Active Dorsalflection im Fussgelenk resp., wenn diese nicht erreichbar, Fixation des Fusses im rechten Winkel.	Verkürzung des Tibial. antic. oder Verkürzung des Extens. digit. comm. long., event. Verkürzung des Extensor halluc. long. event. Verlängerung der Achillessehne.	Passive Transplantation des gelähmten Tibial. antic. auf den gesunden Extens. digitor. comm. long. oder active Transplantation eines Teiles der Achillessehne auf den Tibial. antic.
2. Paralytischer Klumpfuss.	Active Dorsalflection, Abduction und Pronation des Fusses, event. Fixation des Fusses in rechtwinkliger Mittelstellung.	Verkürzung des Tibial. antic., event. Verlängerung der Achillessehne.	1) Active Transplantation eines Teiles der Achillessehne a) den gelähmten M. peroneus long. oder b) den gelähmten M. extens. digitor. comm. long. oder c) den gelähmten M. extens. digitor. comm. brevis. 2) Active Transplantation des M. extens. halluc. auf a) die Mm. peronei oder b) den Extens. digit. comm. long.
3. Paralytischer Plattfuss.	Active Dorsalflexion, Adduction und Supination des Fusses, event. Fixation des Fusses in rechtwinkliger Mittelstellung.	Verkürzung des Tibial. antic., event. Verlängerung der Achillessehne.	Active Transplantation eines Teiles der Achillessehne auf den M. tibial. postic. oder den M. tibial. antic. oder active Transplantation der Sehne des M. peroneus auf den M. tibial. antic. oder M. tibial. postic. Active Transplantation des M. extensor halluc. long. auf den gelähmten Tibial. antic.
4. Paralytischer Hackenfuss.	Active Plantarflexion des Fusses resp. Fixation des Fusses in Mittelstellung.	Event. Verkürzung der Achillessehne.	Active Transplantation eines der beiden M. peronei auf die Wadenmuskulatur oder des Flexor digit. comm. long. auf die Wadenmuskulatur.
5. Lähmung des M. quadriceps femor.	Active Extension im Kniegelenk.	—	Active Transplantation des M. sartorius auf den M. quadriceps femor.
		B. Obere Extremität.	
6. Totale Lähmung des M. radialis am Vorderarm.	Tendinöse Fixation des Handgelenks in mittlerer Streckstellung und active Streckung der Grundphalangen der Finger.	Verkürzung des Extensor carpi radial. long. (event. auch des Extensor carpi ulnar.), event. Verkürzung des Extens. poll. long.	Active Transplantation des M. flexor. carpi ulnar. auf den Extensor digit. comm. (Durchziehung der ersteren Sehne unter dem M. extens. carpi ulnar.). Active Transplantation des Flexor carpi rad. auf den Extensor pollic. long.
7. Partielle Radialislähmung am Vorderarm.	Wie bei No. 6.	Verkürzung des Extensor carpi rad. long. und event. des Extensor carpi ulnaris.	Active Transplantation des Extens-carpi radial. long. auf den Extens. digitor. und active Transplantation des halben Extens. carpi rad. brevis auf den Extens. pollic. long.
8. Lähmung des M. triceps brachii.	Active Streckung im Ellenbogengelenk.	—	Passive Transplantation der centralen Tricepssehne auf den M. deltoides oder active Transplantation eines Teiles des M. deltoides auf den M. triceps.

Digitized by Google

218) **P. Schuster u. K. Mendel.** Traumatische Nervenkrankheiten bei Kindern.
(Aus der Prof. Mendel'schen Klinik in Berlin.)
(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 No. 6.)

In den Arbeiten und Discussionen über die traumatischen Nervenkrankheiten, insbesondere über diejenigen, bei denen Rentenansprüche bestehen, ist man, wohl in Folge der Art des vorliegenden Krankenmaterials, gewohnt, die Verhältnisse bei Erwachsenen zum Ausgangspunkte der Betrachtungen zu machen. Es ist aber klar, dass gerade Beobachtungen bei noch nicht Erwachsenen, also beim Kinde bis hinauf zu den Pubertätsjahren, aus mehr als einem Grunde dazu angethan sind, einen Beitrag zur Aufklärung einiger noch strittiger Punkte betreffs der Pathogenese jener Zustände zu liefern. Diese Differenzen, welche noch einer allgemeinen Einigung harren, hängen mit der Frage zusammen, welche Rolle bei der Entstehung der Unfallkrankheiten die somatische, welche Rolle die psychische Erschütterung und schliesslich, welche Rolle die „Begehrungsvorstellungen" und die Sorge um die Zukunft spielen.

Wenn die Beobachtung traumatischer Nervenerkrankungen im Kindesalter zur Beleuchtung dieser Differenzen besonders geeignet erscheint, so ist dies deshalb der Fall, weil das Trauma beim Kinde sowohl in somatischer als auch in psychischer Beziehung prägnantere Wirkungen hervorzurufen geeignet ist. Denn der kindliche Körper ist in allen seinen Geweben weniger widerstandsfähig als der des Erwachsenen, der Geist und das Gemüt des Kindes sind weicher, anspruchsfähiger, vulnerabler und zur Verallgemeinerung der einwirkenden Reize disponierter; vor allen Dingen jedoch ist die Suggestionsfähigkeit der Kinder eine ungleich viel grössere als beim Erwachsenen.

So wäre es wohl a priori zu erwarten, dass die Zahl der bei Kindern vorkommenden traumatischen Hysterien, Neurasthenien u. s. w. eine überaus grosse ist. Fehlt es doch bei Kindern wahrlich nicht an leichteren und schwereren Verletzungen, besonders solchen des Kopfes, und treffen doch gerade hier alle jene Momente zusammen, welche nach allgemeiner Ansicht bei Erwachsenen die Entstehung und Weiterentwicklung jener Neurosen hervorrufen oder begünstigen!

In der Wirklichkeit jedoch sind die Verhältnisse gerade entgegengesetzt dem a priori Vermuteten: Neurosen, welche einem körperlichen Trauma ihre Entstehung verdanken, findet man bei Kindern selten. Dies liegt nicht etwa daran, dass Hysterie bei Kindern überhaupt so wenig vorkommt, eine Ansicht, die jetzt von den meisten Autoren zurückgewiesen wird, sondern es ist vielmehr durch gleich zu erörternde andere Gründe bedingt.

Unter 53 in den letzten Jahren auf der Mendel'schen Klinik beobachteten Fällen von Hysterie im Kindes- und Pubertätsalter (darunter 35 Mädchen und 18 Knaben) fanden sich nur 5 Fälle, bei welchen die Nervenkrankheit in erkennbarem Zusammenhang mit einem körperlichen Unfall entstanden ist, ein Procentsatz, der an und für sich nicht niedrig erscheinen mag, der aber beim Vergleich mit derjenigen Gruppe Erwachsener, welche in Bezug auf Häufigkeit der Verletzungen etwa auf gleicher Stufe steht wie die Kinder (d. h. etwa

Digitized by Google

beim Vergleich mit den in grossen Betrieben beschäftigten Arbeitern), als sehr niedrig zu erachten ist.

Bei weitem am häufigsten ist der Vorgang der: Das Kind erleidet ein mehr oder weniger schweres Trauma, erschrickt hierbei auch, ist vielleicht auch eine Zeit lang bewusstlos und hat Schmerzen, es hat jedoch, da ihm die Erfahrung fehlt, kein Verständnis für die überstandene Gefahr, oder für die ihm vielleicht noch bevorstehenden Folgen, es braucht sich nicht über die weitere Entwicklung und den Verlauf der Sache zu sorgen.

Auch macht im Allgemeinen die Umgebung (wenn sie vernünftig ist, und kein Interesse am Gegenteil hat) nicht viel Aufsehens von der Verletzung, sie weiss vielmehr das Kind bald zu trösten und findet in ihm ein leicht zugängliches Gemüt. Neu hinzukommende Eindrücke überwuchern bald und schnell die alten und wirken so lebhaft, dass selbst bestehende Unlust- und Schmerzgefühle in den Hintergrund gedrängt werden: kurzum das Kind vergisst seinen Unfall. Dies der ideale Verlauf!

Dass derselbe nicht selten eine Störung erfährt, liegt ceteris paribus meist daran, dass entweder das Kind neuropathisch beanlagt ist, dass es in einer nervösen Umgebung lebt, oder dass diese Umgebung zwar gesund ist, aber aus Dummheit, übertriebener Aengstlichkeit oder aus materiellen Gründen die Angelegenheit nicht einschlafen lässt.

Ist nun — aus welchem Grunde es auch sei — der ideale Verlauf gestört, d. h. ist eine Neurose beim Kinde nach erlittenem Unfall ausgebrochen, so gelingt es häufig trotzdem noch leicht, durch zweckentsprechende psychische Einwirkung die Unfallfolgen zu beseitigen.

Hierfür ist der folgende Fall ein Beispiel:

Martha G., 11 Jahre alt, Schneiderstochter, hereditär nichts zu eruieren. October 96 fiel ein Dachziegel aus der Höhe des 5. Stockwerkes der Pat. auf den Kopf. Kein Bewusstseinsverlust. Pat. konnte sich durch Anklammern an eine Frau vor dem Hinfallen schützen. Blutete nicht, erbrach jedoch und ging allein zu den Eltern. 4wöchiges Krankenlager mit Eisblase auf dem Kopfe. Dann besuchte sie wieder die Schule, lernte aber seitdem schlecht. Ferner klagt sie seit dem Unfall über Kopfschmerz in der linken Schädelseite, das Sehen mit dem linken Auge sei schlechter geworden, beide Augen schmerzen beim Sehen in die Höhe, bei heftigem Kopfschmerz gelegentliches Erbrechen; das Gehör sei links schlechter geworden. Linkes Bein und linker Arm seien unsicher und schwach. Kopfbewegungen sollen Schwindel erzeugen. Appetit und Schlaf schlecht.

Bei der Aufnahme in die Klinik (November 97) fand man ein normal entwickeltes, etwas blasses, intelligentes Mädchen. Es bestand nirgends an der Kopfhaut eine Narbe. Beklopfen der linken Kopfseite war sehr schmerzhaft. Normale Pupillenreaction, normaler Augengrund, Ohrbefund ohne Besonderheit. Hemihypaesthesia sinistra, die an den Beinen jedoch nicht so deutlich ausgesprochen ist wie am übrigen Körper. Kraft der Arme und Beine beiderseits gleich und normal, doch hat Pat. das subjective Gefühl, „mit der linken Hand nicht fest zufassen zu können“. Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Keine Gleichgewichtsstörungen. Kein Romberg, Gang in Ordnung. Innere Organe normal.

Diagnose: Hysteria post trauma.

Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose. In den ersten Tagen klagte Pat. noch häufig über Kopfschmerzen. Dieselben nahmen jedoch unter indifferenter Behandlung bald ab. Schon nach 3 Tagen war die Sensibilitätsstörung geschwunden, der Kopf war auf Beklopfen nicht mehr schmerzhaft. Einmal traten Nachts wenig intensive Hallucinationen sowie Illusionen, nie Fieber auf. Pat. wurde nach 4 Wochen völlig geheilt entlassen. Auch als Pat. sich zuletzt am 10. April 1899 wieder vorstellte, waren die nervösen Beschwerden nicht wiedergekehrt.

Digitized by Google

Selbst bei bestehender neuropathischer Belastung gelingt es unter zweckentsprechender Einwirkung, vor allem nach Entfernung aus der Umgebung, bekanntermaassen oft, die symptomatischen Folgen des Traumas zu heben:

Therese J., 9 Jahre alt, Grossvater väterlicherseits epileptisch, Mutter nervös. Von den Eltern verwöhntes, launisches Kind, aber sehr intelligent und ehrgeizig. Auf einem Spaziergang fiel Pat. nach vorn auf Bauch und Hände, ohne sich besonders weh zu thun. Abends leichter Schmerz in beiden Oberschenkeln, am folgenden Tage war die Sprache verschwommen, Pat. taumelte beim Gehen, ohne subjectiv Schwindel zu empfinden. Dann Erbrechen.

Objectiv: Breitbeiniger, schwankender Gang.

Keine Beweglichkeitsstörungen im Liegen. Keine Ataxie. Kein Schwindel. Auch sonst absolut negativer Befund.

Diagnose: Dysbasia hysterica.

Unter Massage, Bettruhe, entsprechender psychischer Behandlung wurde der Gang bald normal, und Pat. wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Das durch psycho-therapeutische Maassnahmen Erreichte kann allerdings leicht wieder verloren gehen, wenn das Kind seinem alten Milieu zurückgegeben wird; aber selbst dann tritt schliesslich in der Regel Heilung der durch das Trauma erzeugten Symptome ein:

Elise St., 12 Jahre alt, Lehrerstochter. Verwöhntes Kind pedantisch ängstlicher Eltern. Aus dem schriftlichen Berichte des Vaters entnehmen wir Folgendes: über Heredität ist nichts Besonderes anzugeben. März 89 fiel Pat. von einer Steintreppe herab „auf den After“. Zunächst keine Schmerzen. Am 3. Tage Urinlassen und Stuhlgang schmerzhaft, „das Sitzen wird dem Kinde schwer“. Das Leiden wurde zuerst ärztlicherseits für eine „Rückenmarkserschütterung“ gehalten. Trotz Hängeapparat und Einreibung keine Besserung, vielmehr traten „Gelenkschmerzen“ hinzu. Bettruhe von Pfingsten bis Ende August 1889. Darauf nach Soolbädern für einige Wochen Wohlbefinden, Pat. konnte gut laufen. Mitte November 89 Rückfall ohne Gelegenheitsursache. „Es blieb keine Stelle des ganzen Körpers verschont, zweimal traten sogar epileptische Krämpfe mit Speichelfluss auf, von denen das Kind nachher nichts wusste. Auch Blähungserscheinungen, so dass in kurzer Zeit über 200 Lüftungen gezählt wurden (!). Die Nerven waren sehr angegriffen. Jeder laute Ton, die Anwesenheit mehrerer Personen im Krankenzimmer musste vermieden werden, weil sie Missstimmung und sogar Weinen hervorriefen“ (wörtlich citiert nach dem Bericht des Vaters). Nach Soolbädern wiederum Besserung. „Pat. sitzt ohne Beschwerden, wagt aber nicht zu stehen, noch weniger zu gehen.“ Dieser Störungen wegen wird das Kind am 4. October 1890 der Klinik überwiesen.

Die Untersuchung hierselbst ergab Folgendes: Trotz gut erhaltener motorischer Kraft und gutem Ernährungszustande der Muskulatur ist Pat. nicht im geringsten zur Locomotion befähigt. Füsse in Equinovarus-Stellung. Beim Versuch, zu stehen oder zu gehen, knicken die unteren Extremitäten in allen Gelenken ein. In der Rückenlage kann Pat. die Beine mit guter Kraft bewegen. An beiden Beinen Hypästhesie und Hypalgesie. Im übrigen völlig negativer Befund.

Diagnose: Astasia-Abasia hysterica.

Behandlung psychisch und Faradisation. Während der am Tage nach der Aufnahme vorgenommenen Faradisation wird die Sensibilität der Beine wieder normal; der Versuch, zu gehen, fällt überraschend gut aus. Schon am folgenden Tage geht Pat. ohne Unterstützung die Treppe auf und ab (nach Magnetapplication). Nach 2 Wochen, am 28. October, völlig geheilt entlassen. Unter dem 13. November desselben Jahres berichtet der Vater, dass bis dahin völliges Wohlbefinden herrschte. Am 12. November hatte die Kleine Besuch von anderen Kindern; da der Vater fürchtete, die Kinder wären zu laut und „es würde seiner Tochter zu viel werden“, liess er die Kinder mit Spielen aufhören. Abends im Bett traten „Krampferscheinungen“ auf, die sich im Laufe des nächsten Tages einige Male wiederholten. Nach eigener Angabe des Kindes sollen diese „Krämpfe“ derselben Art gewesen sein, wie sie die Zimmerkameradin auf der Klinik (dieselbe zeigte hysterische Anfälle) gehabt hat.

Nach gegebener Verordnung klangen aber auch diese Erscheinungen wieder vollständig ab. Die Kleine war nach einem letzten Berichte des Vaters bis zum

Digitized by Google

Frühjahr 1897 völlig gesund, erkrankte aber dann an Bleichsucht, „Krämpfen“ und Ohnmachtsanfällen.

Wenn also in den angeführten Fällen das endgültige Resultat, auch da, wo innere oder äussere Hindernisse die gute Prognose in Frage stellten, doch schliesslich ein günstiges war, so wird dies günstige Endergebnis noch problematischer und in weitere Ferne gerückt, wenn das verletzte Kind Schadenersatzansprüche stellen kann.

So in folgendem Falle:

Marie H., 15 Jahre alt, aus völlig gesunder Familie, war stets gesund, seit 1 Jahr menstruiert. Im August 1892 wurde sie bei der Feldarbeit von einem Jäger am linken Arm durch einen leichten Streifschuss verletzt, war nur einen Tag in ärztlicher Behandlung; es bestanden zunächst Schmerzen im linken Arm, dieselben „zogen“ bald in den rechten hinüber. Letzterer wurde allmählich schwach, steif, gefühllos.

2 Jahre später (April 1894) trat Pat. in die Klinik ein. Es wurde hier eine Contractur des ganzen rechten Armes festgestellt: Oberarm fest an den Oberkörper gepresst, Vorderarm gegen Oberarm in stumpfem Winkel gebeugt, die Hand war frei beweglich. Der Oberarm kann nicht im Geringsten, weder activ noch passiv, bewegt werden, der Unterarm kann mit Mühe und geringer motorischer Kraft gegen den Oberarm flectiert werden.

Druck auf das rechte Schulterblatt und den rechten Oberarm schmerzhaft. Es wird Anästhesie für Nadelstiche auf den rechten Arm und der rechten Rumpfseite bis hinab zum 10. Brustwirbel angegeben. Trotzdem zuckt Pat. bei Nadelstichen in den rechten Arm öfter, auch folgt sie mit Genauigkeit der Aufforderung, bei jedem Nadelstiche in die anästhetische Extremität, den sie nicht fühle, „nein“ zu sagen. Ausser einem leichten systolischen Geräusch an der Herzspitze sowie lebhaften Patellarreflexen ist der sonstige Befund negativ.

Es gelang zwar, die Pat., für welche der Jäger von den Angehörigen schadenersatzpflichtig gemacht wurde, von ihrer hysterischen Contractur auf suggestivem Wege zu heilen, jedoch stellten sich bei der Pat., welche im Mai 1894 ihrer Umgebung wiedergegeben war, schon im Sommer desselben Jahres wieder Schmerzen und Schwäche im rechten Arm ein, dieselben hielten an, so dass sie auf Veranlassung des schadenersatzpflichtigen Jägers wiederum der Klinik zugeführt wurde. Diesmal bestand keine Contractur, jedoch war rechtsseitige Hemianästhesie und starke Bewegungsbehinderung im rechten Arm festzustellen. Die Gemütsstimmung war eine deprimierte geworden, mehrmals konnte Pat. wegen Schmerzen in der rechten Schulter nicht schlafen. Auch bei ihrer Entlassung (3 Jahre nach dem Trauma) bestanden die Beschwerden angeblich noch fort. An ihrem Gebahren im Krankensaal konnte man der Pat. der Schmerzen nicht anmerken.

Der folgende Fall unterliegt dem Unfallversicherungsgesetz:

Emma K., 15 Jahre alt, aus gesunder Familie. Periode seit dem 14. Lebensjahre. Früher stets gesund. Unfall am 15. Juni 1896: Pat. wurde von einem eisernen Balancierkolben an Stirn und Nase getroffen. 2stündige Bewusstlosigkeit. Keine Erscheinungen einer Schädelverletzung. Keine offene Wunde. Seit diesem Unfall klagt Pat. über Kopfschmerz, Schwindel und Schmerz im rechten Bein.

Status: Körperlich sehr gut entwickeltes Mädchen. Gesichtsausdruck deprimiert. Beklopfen des Schädels soll schmerzen. Druck auf den rechten N. cruralis, tibialis und peroneus ist angeblich schmerzhaft. Leichtes Schwanken beim Stehen mit Augenschluss. Sonst völlig negativer Befund. Ausser einer gelegentlichen Pulsverlangsamung auf 60 Schläge in der Minute konnte während der klinischen Beobachtung keine Aenderung in dem Befunde constatiert werden. Auch die Klagen der Pat. blieben trotz angewandter psychischer und medicamentöser Therapie im Ganzen unverändert.

Das für das Schiedsgericht über die Berufsklägerin ausgestellte Gutachten kam zu dem Schlusse, dass die Kopfschmerzen der Pat. in der That bestehen, dass jedoch die Arbeitsfähigkeit durch dieselben nicht nennenswert behindert ist.

Charakterisiert man die 5 angeführten Fälle mit einigen Schlagworten, so ergiebt sich:

Fall I. Keine Belastung. Trauma. Hysterische Hemiparese. Prompte, anhaltende Heilung.

Digitized by Google

Fall II. Hereditäre Belastung. Trauma. Hysterische Dysbasie. Prompte, anhaltende Heilung.

Fall III. Keine Belastung, jedoch übertrieben ängstliche Umgebung. Trauma. Astasie-Abasie. Prompte Heilung. Recidiv in der alten Umgebung. Endgültige Heilung.

Fall IV. Keine Belastung. Trauma. Entschädigungsansprüche. Hysterische Contractur. 3 J. nach dem Trauma noch keine endgültige Heilung.

Fall V. Keine Belastung. Trauma. Versicherungspflicht. Hysterie. Ungebessert entlassen.

Diese 5 Fälle zeigen insofern einen staffelförmig schlechter werdenden Verlauf, als die in den beiden ersten Fällen eingetretene anhaltende Heilung in den 3 letzten eine von Fall zu Fall zunehmende Verzögerung erfährt.

Die Annahme liegt nahe, dass die Verschiedenheit des Verlaufs nicht durch die dem Trauma innewohnenden Eigentümlichkeiten bedingt ist, sondern auf äusseren und begleitenden Nebenumständen beruht.

Die angeführten, bei Kindern beobachteten Krankheitsfälle, welche wegen ihrer geringen Zahl selbstverständlich an und für sich keinen bindenden Schluss zulassen, scheinen trotzdem geeignet, die von manchen Autoren für die traumatischen Nervenkrankheiten der Erwachsenen aufgestellte Formel zu stützen: dass für die Prognose jener Zustände viel weniger das Trauma selbst, als vielmehr die Vorgänge nach dem Trauma, speciell die den Geist des Verletzten beherrschenden psychischen Vorstellungen maassgebend sind.

Wäre das Trauma selbst in seiner körperlichen oder psychischen Componente das Ausschlaggebende, so müsste bei der eingangs charakterisierten Eigenart des kindlichen Organismus der Verlauf der besprochenen Krankheitszustände viel häufiger ein ungünstiger sein und viel häufiger dauernde Folgen des Unfalles aufzuweisen haben, als dies in Wirklichkeit der Fall ist.

Die bei verletzten Kindern gewonnene Erfahrung gestattet einen Rückschluss auf Pathologie und Pathogenese der traumatischen Nervenkrankheiten überhaupt. Sie führt zu der nämlichen Ansicht, die auch Bruns in seiner Bearbeitung des Kapitels über „Unfallneurosen" (Encyclopäd. Jahrbücher 1899) ausspricht: dass zwar für den Ausbruch einer traumatischen Nervenerkrankung das Trauma und was mit demselben unmittelbar zusammenhängt, für die weitere Entwicklung derselben aber die Anwesenheit von Begehrungsvorstellungen und verwandte psychische Momente maassgebend seien.

---

219) **E. Schäffer** (Mainz): Ueber die traumatische Hirnhauttuberculose und deren Begutachtung.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 No. 6.)

Auf der Jahresversammlung des Vereins der hessischen Medicinalbeamten (3. VI. 99) hielt Sch. darüber einen Vortrag, in welchem er zunächst betonte, dass zur Bestätigung der Diagnose „traumatische Meningealtuberculose" die Vornahme der Section unerlässlich ist. Schon der Nachweis der statt-

Digitized by Google

gehabten Gewalteinwirkung ist bei der Construction des ursächlichen Zusammenhanges im Gutachten durchaus nötig; es wird sich darum handeln, ob palpable Befunde der Hirnerschütterung mit oder ohne deutliche Verletzungsspuren in den weichen Schädeldecken resp. des knöchernen Schädeldaches, wie meningeale Blutungen, Contusionsherde in der Hirnrinde, capilläre Apoplexien u. dgl. vorhanden sind. Der Nachweis dieser Befunde wird dadurch erleichtert, dass die Gesammtdauer der Krankheit nur in den seltensten Fällen über 4 Wochen hinaus beträgt, dass also der Exitus noch eintritt zu einer Zeit, in welcher die durch das Trauma unmittelbar veranlassten Veränderungen des Hirns und seiner Häute nicht soweit zurückgebidet sind, dass sie sich unter Umständen dem Nachweis entziehen könnten. Nun giebt es ja freilich reine, uncomplicierte Fälle von Hirnerschütterung, in welchen anatomisch nachweisbare Veränderungen fehlen; dann kann man aber auch nicht Schädigungen des Hirns und seiner Häute supponieren, welche einen günstigen Nährboden für die Ablagerung von Infectionskeimen bilden, von den Bewusstseinsverlust überdauernden Circulationsstörungen u. dgl. sprechen; das sind dann lediglich Hypothesen, für eine forensische Beweisführung unverwendbar. Ebensowenig, wie sich an eine reine, durch Contusionseffecte nicht complicierte Commotio cerebri eine eitrige Meningitis anschliessen kann, kann sich an dieselbe als mittelbarer Folgezustand eine solche tuberculöser Natur anschliessen. Legt man nun den durch das Trauma primär entstandenen Läsionen hinsichtlich der Lokalisation der tuberculösen Infection eine Rolle bei, wozu uns die klinischen und experimentellen Erfahrungen über die Ausbreitung des tuberculösen Processes im Körper entschieden berechtigen, so ergiebt sich als weiteres Moment für die Beweisführung des ursächlichen Zusammenhanges nicht blos das Auftreten der tuberculösen Krankheitsproducte am Ort der stattgehabten Läsion selbst, wobei natürlich auch die Stelle des Contrecoup in Betracht kommen kann, sondern die tuberculösen Veränderungen werden am intensivsten und dabei am weitesten vorgeschritten gerade an den durch das Trauma betroffenen Partien sein, während, je nach dem Bestand der Erkrankung, die benachbarten Gewebsteile noch Tuberkeleruptionen in den ersten Entwickelungsstadien aufweisen können. Der ursächliche Zusammenhang wird um so plausibler, wenn sich in der Ausbreitung des Processes Verschiedenheiten vorfinden gegenüber den von der spontan sich entwickelnden Meningealtuberculose eingenommenen Prädilectionsstellen.

Bei Durchsicht der Litteratur ergiebt sich, dass nur 1 Fall von Salis (1888) und die Fälle von Buol u. Paulus (1896) Angaben über die durch das Trauma in der Hirnsubstanz, resp. in den Hirnhäuten gesetzten Veränderungen enthalten. In dem Salis'schen, 4 Wochen nach einem Sturz vom Dach letal verlaufenen Fall (26 jähr. Pat.) ergab die Autopsie hochgradige Tuberkeleruptionen in der Pia, am dichtesten über dem rechten Stirnlappen, der an mehreren Stellen Veränderungen zeigte, welche regressiven Verwandlungsstadien von Blutherden entsprachen. Bei Buol u. Paulus ergab die Section tuberculöse Meningitis an der Convexität und als Centrum inmitten

Digitized by Google

sulzigen, durch sehr dichtstehende Knötchenanhäufung ohne Weiteres auffälligen Gewebes (im Gegensatz zu den weniger dichten und mehr zerstreut stehenden Tuberkeleruptionen in der Umgebung) abgesprengte, von sugilliertem Blut umschlossene und in bindegewebiger Einhüllung befindliche Knochensplitterchen, also zweifellose Residuen des Kopftraumas.

Wie weit gestattet nun der lokale Befund an den Meningen, das Aussehen der Tuberkeleruptionen an sich Rückschlüsse auf die Dauer des Bestehens der Krankheit und somit auf ihr zeitliches Abhängigkeitsverhältnis vom Trauma? Da die Entwickelung des Tuberkelknötchens bereits 3—4 Tage nach Invasion der Bazillen beginnt und andererseits der Tuberkel als graues, durchscheinendes Knötchen nach 12—14 Tagen auf der Höhe seiner Entwickelung steht, die noch etwas früher erreicht werden kann, wenn die Tuberkeleruption in einem stark blutig durchtränkten Gewebe entsteht, so kann man in allen Fällen, wo eine tuberculöse Meningitis unmittelbar oder einige Stunden nach einem Trauma zum Ausbruch kam, einen ursächlichen Zusammenhang sicher ausschliessen; das Eintreten der Initialsymptome wird mit dem 3.—4. Tage nach stattgehabter Verletzung, die weitere Ausbildung der Erscheinungen bis zum Auftreten sicherer Zeichen einer Meningealerkrankung in den letzten Tagen der 2. Woche zu erwarten sein. Das zeitliche Zusammentreffen von Trauma und Hirnhautentzündung allein (ohne anatomisch nachweisbare traumatische Läsionen des Schädelinhalts) genügt aber, wie gesagt, nicht, um die Abhängigkeit der Erkrankung vom Trauma plausibel erscheinen zu lassen.

Mit Ausnahme der 2 Fälle von Salis und Buol-Paulus, in welchen das Alter der Verunfallten 26 resp. 28 Jahre beträgt, umfasst die Casuistik der traumatischen Meningealtuberculose nur Fälle von Kindern. Gerade im Kindesalter ist ein zeitliches, rein zufälliges Zusammentreffen in Rücksicht auf die unverhältnismässig starke Beteiligung dieser Altersklasse an der Morbiditätsziffer der spontanen, i. e. ohne vorausgegangenes Trauma sich entwickelnden Hirnhauttuberculose einerseits, sowie in Rücksicht auf die so häufigen Gewalteinwirkungen, denen der kindliche Schädel ausgesetzt ist, andererseits gar nicht auffällig. Diese Fälle kann man aber noch mehr inbezug auf die traumatische Entstehungsweise in Zweifel ziehen, weil die Autopsie hier Verletzungsspuren nie nachwies. Bei den relativ geringfügigen Gewalteinwirkungen, die nur zu kurz dauernden Bewusstseinsstörungen führten, waren palpable Veränderungen traumatischer Natur a priori auch kaum zu erwarten, zumal der kindliche Schädel vermöge seiner Nachgiebigkeit und Elastizität für jene Veränderungen, die als günstige Ansiedelungsstellen für Tuberkelbazillen gelten, wesentlich ungünstigere Verhältnisse darbietet, als der Schädel Erwachsener. Man ist daher überrascht, wenn man in solchen Gutachten liest, dass „die in den erkrankten Lymphdrüsen deponierten Krankheitserreger, welche bisher unschädlich, resp. symptomlos im Körper lagerten, durch die Verletzung nach Sprengung des Gefängnisses in die Lymph- resp. Blutbahnen kamen und von da die verletzte Stelle und mit dieser den

Digitized by Google

geeigneten Boden für ihre weiteren Entwickelungsbahnen finden," während bei der Section weder die „verletzte Stelle", noch überhaupt Spuren der stattgehabten Verletzung entdeckt worden sind.

Sch. begutachtete nun folgenden Fall:

7jähr. Knabe, nach Aussage der Eltern stets gesund, keine hereditäre Belastung, erhielt am 9. II. einen Schlag auf die Stirn und fiel mit dem Kopf gegen einen Wagen; er erhob sich bald darauf von selbst wieder und wurde nach Haus geführt. Im Laufe des Nachmittags fortwährendes Klagen über Kopfschmerzen, mehrmaliges Erbrechen, das sich noch an den folgenden Tagen wiederholte. Die unbestimmten Krankheitserscheinungen dauerten fort, der am 18. II. gerufene Arzt diagnosticierte Magendarmkatarrh, am 20. II. vermutete er Hirnhautentzündung, eine Diagnose, die er nach Auftreten charakteristischer Symptome am 23. II. als sicher ansah. Unter steter Steigerung der Symptome Exitus am 1. III. Da der Arzt das Trauma als Ursache ansah, fand am 3. III. gerichtliche Section statt. Dieselbe ergab bei völliger Abwesenheit irgendwelcher Verletzungsspuren am Körper und insbesondere an den weichen Schädeldecken, Kopfknochen, Hirn und seiner Häute eine tuberculöse Basilarmeningitis, zweifelsohne frischen Datums, wie aus den miliaren und submiliaren grauweissen, durchscheinenden Tuberkelnruptionen von höchstens Stecknadelkopfgrösse zu schliessen war; ferner verkäste Bronchialdrüsen, in den Lungen disseminierte Tuberkel in allen Entwickelungsstadien; auch in Milz und Leber neben Tuberkeleruptionen jüngeren Datums solche mit käsiger Degeneration; ein tuberculöses Dünndarmgeschwür mit frischen Tuberkeln an den Randpartien; Verkalkung mehrerer Mesenterialdrüsen.

Die zeitliche Aufeinanderfolge der Krankheitserscheinungen bei dem bis zum Trauma scheinbar gesunden Pat. liess das Trauma ätiologisch durchaus verdächtig erscheinen, trotzdem aber bezeichnete Sch. in seinem Gutachten (gemeinsam mit Kreisarzt Dr. Basler) das Zusammentreffen mit Sicherheit als ein rein zufälliges mit Hinsicht auf das Fehlen jeglicher traumatischer Producte im Schädel und auf den Befund des ganz verschiedenen Alters der Tuberkeleruptionen in den verschiedenen Organen. Dieser Befund sprach dafür, dass die Invasion der Bazillen von älteren tuberculösen Herden sich schon lange vor dem Trauma in mehreren Intervallen und an verschiedenen Gefässen wiederholte, und ausserdem existierte ja nach dem Sectionsprotokoll nicht die geringste Berechtigung für die Annahme, dass die letzte Blutinfection, welche zur Entstehung der tuberculösen Meningitis führte, auf andere Einflüsse, speziell solche traumatischer Natur zurückzuführen sei, um so weniger, als Lokalisation und Ausbreitung des tuberkulösen Processes in den Hirnhäuten dem typischen Befund der spontanen Hirnhauttuberculose durchaus entsprach. — Auf dies Gutachten hin wurde das gerichtliche Verfahren eingestellt.

---

220) **J. Hahn** (Mainz): Formalin als Heilmittel chirurgischer Tuberculose.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 24.)

H. hat eine 1—5 %ige Mischung von Formalin und Glycerin (auf 100 ccm des letzteren 1—5 ccm Formalin) angewandt und gefunden, dass die Wirkung derselben überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit dem tuberculösen Herd kommt, eine so vorzügliche ist, dass ihr wohl kein Mittel an die Seite gestellt werden kann. Am besten eignen sich für solche Behandlung die Gelenktuberkulosen, namentlich, wenn sie zur Vereiterung gekommen,

Digitized by Google

aber noch nicht aufgebrochen sind, ferner Abscesse (auch die Senkungsabscesse) und das tuberculöse Pleuraempyem. Bei den tuberculösen Gelenken erzielt man die schönsten Erfolge, wenn die Gelenkhöhle durch einen Abscess ausgedehnt und in allen Ecken und Nischen zugänglich ist; am geeignetsten sind Hüft- und Kniegelenk, am wenigsten eignen sich die Hand- und Fusswurzelgelenke. Bei Senkungsabscessen wirkt Formalin ganz ausgezeichnet; 1—2 Punctionen und Injectionen genügten meist, um die Wiederansammlung von Eiter dauernd zu verhüten, und der Grundprocess heilt auffallenderweise überraschend schnell aus (z. B. eine Spondylitis bei Gypskorsettbehandlung).

Das Verfahren ist im Allgemeinen folgendes: Zunächst wird die Abscesshöhle mit einer Aspirationsspritze entleert und durch mehrfaches Einspritzen von Borwasser und folgendes Ansaugen der Flüssigkeit vom Eiter gereinigt, worauf man $^1/_3$—$^1/_2$ des Quantums des entleerten Eiters an 1 %igem frisch bereitetem Formalin-Glycerin einspritzt. Dann Ruhigstellung des Gliedes. Es folgt eine mehr oder weniger heftige, mit Schwellung und häufig mit Fieber (bis über 39 °) einhergehende Reaction, wobei sich die Flüssigkeit der Abscesshöhle wieder erheblich vermehrt, manchmal unter recht heftigen Schmerzen (event. Morphium!). Nach einigen Tagen verliert sich die Reaction, die Exudatmenge vermindert sich. Nach etwa 14 Tagen empfiehlt es sich, womöglich ehe das Exsudat resorbiert ist — zuweilen verschwindet letzteres schon nach der 1. Injection! — eine 2., event. weitere Injectionen folgen zu lassen. Die Ausheilung erfolgt oft mit tadelloser Function und rasch., vorausgesetzt, dass keine necrotischen Massen zurückbleiben. Freilich heilt nicht jede Gelenkentzündung etc. ab, jedenfalls aber ist das Mittel jedem anderen Mittel, speziell dem Jodoform-Glycerin weit überlegen, sodass es warm zu empfehlen ist.

Als Beispiel giebt H. einen seit etwa $1^1/_2$ Jahren geheilten Fall einer tuberculösen Coxitis zum besten:

$3^1/_2$jähr. Knabe kommt am 1. II. 97 in Behandlung. Hat seit angeblich 6 Wochen Schmerzen im linken Bein. Die Untersuchung ergiebt eine Coxitis links. Pat. kann nur mit Schmerzen und stark hinkend gehen. Die Hüfte wird in leichter Flexion steif gehalten und ist druckempfindlich. Es wird sofort ein Streckverband mit Heftpflaster und Volkmann'scher Schiene angelegt, der mehrfach erneuert wird. Die Schmerzhaftigkeit bessert sich anfänglich, bald aber klagt das Kind über erneute Schmerzhaftigkeit. Hüftgelenksgegend jetzt geschwollen und bei jeder Bewegung des Beines sehr empfindlich. Am 23. IV. in Narkose Probepunction; es findet sich dünner, mit Flocken untermischter Eiter. Derselbe wird ganz entleert (ca. 50 ccm), die Höhle mit 2 %iger Borlösung ausgespült und 15 ccm 1 %iges Formalin-Glycerin eingespritzt; zugleich wird ein 10pfennigstückgrosser Granulationsherd im Haut-Fettgewebe der linken Wade exstirpiert. Gypsverband. Am 3. VI. wird, nachdem jede Spur von Reaction abgelaufen und das Gelenk auffallend wenig empfindlich geworden war, vorsichtshalber ein Streckverband angelegt, der am 9. VII. mit einer Gypshose combiniert und am 23. VIII. durch eine einfache Gypshose ersetzt wird. Das Kind ging damit hinkend, aber schmerzlos umher. Die Hose wird am 12. XI. erneuert und dabei eine Röntgenphotographie aufgenommen, die keine erheblichen Formabweichungen des Gelenks ergab. Bald darauf wurde die Hose dauernd entfernt, das Kind konnte das Bein in der Hüfte schmerzlos und nach allen Richtungen frei bewegen! Pat. litt noch an skrophulösem Ekzem und phlyctänulärer Conjunctivitis, die Hüfte aber blieb gesund, und das Kind geht ohne Hinken, ohne Zeichen einer Erkrankung herum.

Digitized by Google

221) **H. Kaposi.** 2 bisher nicht beobachtete Unfälle nach modellierendem Redressement.

(Aus der Heidelberger chirurg. Klinik.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 23.)

Unfälle nach unblutigen orthopädischen Eingriffen kommen vor, speziell sind einige Fälle von rasch tötlicher Fettembolie nach schonend ausgeführtem Brisement forcé wegen Ankylose im Kniegelenk bekannt. Noch nie beschrieben ist aber eine acute Osteomyelitis, nach modellierendem Redressement wegen Plattfuss entstanden, wie in K.'s Falle.

Der 15jährige schwächliche Junge stammt aus gesunder Familie und hat nie eine schwere Erkrankung durchgemacht. Seit seinem 6. Jahre leidet er an epileptiformen Anfällen, welche sich 3—4mal im Jahre wiederholten und stets $^1/_2$ Stunde dauerten. Vor 3 Jahren wurde an der Heidelberger Klinik ohne Narkose ein Redressement seiner Plattfüsse vorgenommen, nach der Correctur ein Gypsverband und nach 4 Wochen ein Plattfussschuh mit Einlage und Seitenschiene verordnet. Mit diesem will er bis vor 1 Jahre gut gegangen sein. Als der Apparat ganz unbrauchbar geworden war, liess er ihn nicht wieder erneuern, sondern ging in gewöhnlichen Schuhen herum. Bald stellten sich seine alten Beschwerden wieder ein, weshalb er am 28. III. 99 von neuem die Klinik aufsuchte.

Beiderseitiger, mässiger, fixierter Plattfuss. Lungen gesund, die rechte Herzgrenze reicht bis einen Querfinger über den linken Sternalrand; an der Spitze ein systolisches Geräusch, der 2. Pulmonalton ist accentuiert. An den Abdominalorganen nichts Pathologisches. Am 3. III. wurde in Aethernarkose manuell, nur mit Hilfe des Lorenz'schen Keilpolsters, ohne Gewaltanwendung die Correctur vorgenommen, und dann in supinierter Stellung ein fixierender Gypsverband angelegt. Am nächsten Tage wurde Pat. seinen Eltern nach Hause mitgegeben und auf 3 Wochen später wiederbestellt. Zu Hause traten bald im rechten Fuss heftige Schmerzen auf, Pat. fieberte hoch, sodass sein Vater ihn am 9. III. wieder in die Klinik bringt. Der Verband wird abgenommen, und es zeigt sich der ganze rechte Fuss stark geschwollen und gerötet, sowie druckschmerzhaft. Keine Spur eines Decubitus. Bettruhe und feuchte Umschläge mit essigsaurer Thonerde werden ordiniert, Pat dann auf Wunsch seines Vaters entlassen. Kommt aber, da der Zustand sich verschlimmerte, am 14. III. wieder.

Er machte einen schwerkranken Eindruck, Zunge trocken und belegt, Augen glänzen, Gesicht gerötet, grosse Mattigkeit, Temp. 39,7°, Puls 140. Der r. Fuss schmerzt sehr heftig, ist stark geschwollen und ödematös, die Schwellung setzt sich auf den Unterschenkel fort. Jede Bewegung ist äusserst schmerzhaft, besonders über dem Capitulum metatarsi V und dem Cuboideum ist die Palpation sehr empfindlich. Es wird die Diagnose auf acute Osteomyelitis gestellt und in Bromäthylnarkose eine Längsincision an der Aussenseite des Fusses gemacht. Es entleert sich 1 Esslöffel voll rahmigen Eiters, und man stösst auf das von Periost entblösste Os cuboideum, von dem sich ein kirschkerngrosses nekrotisches Stückchen mit dem Eiter entleert. Die Wunde wird offen gelassen und feucht verbunden. Nachdem noch 2 Tage hohes Fieber und starke Schmerzen bestanden, nahmen dieselben allmählich ab. Täglicher feuchter Verband, die Secretion war stets ziemlich reichlich, und von Zeit zu Zeit fanden sich kleine nekrotische Knochenstückchen im Eiter. Am 30. trat plötzlich wieder Temperatursteigerung bis 40° auf, neuerliche heftige Schmerzen, Schwellung und Rötung nahmen wieder zu. Im Talocruralgelenk deutlich Erguss nachweisbar. Das systolische Geräusch am Herzen hat sich in lautes Blasen verwandelt; 2. Pulmonalton stark accentuiert, Puls 170. Der Zustand erschien äusserst lebensgefährlich, es wurde Ablation des Fusses bereits erwogen, aber doch noch ein conservativer Versuch gemacht und in Aethernarkose die erste Incisionswunde erweitert. Man stiess auf einen nach der Planta pedis sich ausbreitenden Senkungsabscess. Es wird hier eine Gegenöffnung gemacht, desgleichen an der Innenseite des Fusses. Drainage nach der Planta und quer durch den Fuss. Feuchter Verband, Tct. Strophanti, Eisblase aufs Herz. In den nächsten Tagen sank die Temperatur rasch ab, und seit dem 5. IV. ist Pat. fieberlos. Die Entzündung hat sich begrenzt, die Eiterung abgenommen, Pat. erholte sich rasch und ist jetzt in Reconvalescenz. Das Geräusch

Digitized by Google

am Herzen besteht fort. Da fast das ganze Os cuboideum sich nekrotisch abgestossen hat, ist die Valgusstellung des Fusses eine schlimmere, als vor der Operation.

Ueber die Richtigkeit der Diagnose Osteomyelitis acuta des Os cuboideum kann wohl kein Zweifel sein. Weniger klar ist die Aetiologie. Vor der Operation bestand keine Verletzung, und auch das Redressement hatte keine solche verursacht. Infectionskrankheiten waren nicht vorausgegangen. Es bleibt daher nur die Annahme einer hämatogenen Infection nicht nachweisbaren Ursprungs, die sich in dem bei dem orthopädischen Eingriff gequetschten Os cuboideum als einem Locus minoris resistentiae etabliert hatte.

Eine andere, ebenfalls noch nicht beschriebene Complikation nach modellierendem Redressement, brachte folgender Fall:

21jähr. Dame leidet seit ihrer Kindheit an einem rechtsseitigen Klumpfuss I. Grades, der r. Unterschenkel ist um 6 cm magerer, als der linke, der r. Fuss etwas kürzer. Pat. ist auf Stützapparate angewiesen, die ihr fast stets Beschwerden machen.

Am 5. I. 97 wurde in Chloroformnarkose das modellierende Redressement nach Lorenz vorgenommen, doch gelang es erst nach subcutaner Tenotomie der Achillessehne und der Plantarfascie, den Fuss in Valgusstellung zu bringen, in welcher er mittelst gut unterpolsterten, sorgfältig angelegten Gypsverbandes fixiert wurde. Wegen starker Schmerzen musste der Verband am nächsten Tage in der Mitte aufgeschnitten und etwas erweitert werden. Da die Schmerzen trotzdem fortbestanden, wurde der Verband am 14. I. abgenommen und durch einen neuen Gypsverband ersetzt. Es bestand mässige Schwellung des Fusses, aber keine Spur von Decubitus. Die Schmerzen schwanden nun, indessen traten an ihre Stelle Parästhesien, Kribbeln, Ameisenlaufen im Gebiete des N. plantaris internus, die äusserst quälend waren und am 19. I. zu abermaligem Verbandwechsel nötigten. Der Fuss stand in guter Stellung und war vollständig abgeschwollen, nirgends auf Druck empfindlich. Die Parästhesien blieben gleichwohl in der Folge bestehen und trotzten allen Nervinis. Die Pat. wurde schlaflos, hochgradig nervös, konnte kaum Nahrung zu sich nehmen und kam infolgedessen sehr herunter. Der Verband wurde ganz entfernt, der Fuss täglich mit den verschiedensten Salben eingerieben, mit feuchter Binde gewickelt und leicht massiert, auch elektrisiert wurde, — alles ohne Erfolg. Nach mehrmonatlichem Bestehen des für die Pat. höchst peinlichen Zustandes liessen die Beschwerden allmählich nach und waren nach 6 Monaten ganz verschwunden. Das Endresultat des Redressement war sonst ein vorzügliches.

Es handelte sich offenbar um eine durch Ueberdehnung beim Redressement verursachte Reizung des N. plantaris.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

91) **Extract. Bellad. bei Bronchopneumonie der Kinder** benutzte J. A. Coutts im Kinderhospital von Shadwell in ausgedehntem Masse und verlor von 60 recht schwer kranken Kindern nur 2. Das Mittel, dessen secretionsbeschränkende Wirkung auf die Bronchien anerkannt ist, wurde in ziemlich grossen Dosen selbst Säuglingen gegeben, ohne erhebliche Nebenerscheinungen hervorzurufen.

(Brit. med. Journ. 28. I. 99. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 8.)

92) **2 Fälle von congenitaler Pulmonalstenose,** Mutter und Tochter, stellte Prof. Naunyn im Unterelsässischen Aerzteverein (4. II. 99) vor. Die Mutter, 35 Jahre alt, zeigt ein systolisches Frémissement am l. Sternalrand, sowie eine leichte Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts, sowie links vom Sternum nach dem Iugulum zu lautes systolisches Geräusch über der Pulmonalis, schwachen, aber reinen 2. Pulmonalton, der viel schwächer ist, als der 2. Aortenton, schwachen Arterienpuls. Trotz der fehlenden Cyanose und bei fehlendem Geräusch im Intrascapularraum links diagnosticiert N. eine Pulmonalstenose unter Ausschluss

Digitized by Google

des Offenbleibens das Ductus Botalli, das differentialdiagnostisch in Betracht kommen könnte. In ganz derselben Weise ist die Herzdämpfung der 5jähr. Tochter verändert, bei ebenfalls fehlender Cyanose, die ja meist auf Septumdefecte zurückzuführen ist. Auch das systolische Geräusch ist dasselbe wie bei der Mutter, bei dem Kinde aber auch im Interscapularraum nachweisbar. N. hält hier als Ausgang des congenitalen Herzfehlers Phthisis pulmon. für wahrscheinlich.

93) **Einen Fall von Myxödem eines Kindes von 11 Jahren** demonstriert Dr. Magnus-Levy ebenda. Die bekannten Symptome sind vorhanden, die Schilddrüse fehlt. Als bereits nachweisbaren Erfolg der seit 10 Tagen eingeleiteten Schilddrüsentherapie (Tabletten) ist das Nachlassen des früher vorhandenen Kältegefühls zu bezeichnen. — Im Anschluss daran berichtet Naunyn über einen glänzenden Erfolg der gleichen Therapie bei einem Mädchen, das 1896 im Alter von $5^1/_2$ Jahren in Behandlung kam. Damals blödsinnig und 75 cm gross, ein unförmlicher Fettklumpen mit heraushängender Zunge, hat sich das Kind zu einem für sein Alter grossen Mädchen von 115 cm Länge, von ganz normalem Aeusseren und mässig guter Begabung entwickelt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 8.)

94) **Eine Thermophor-Couveuse** hat mit Hilfe seiner bereits empfohlenen Thermophorplatten (s. Centralblatt d. J. S. 302) S. R. Dr. Fürst (Berlin) jetzt construiert, und dürfte sich dieselbe als sehr einfache, sehr leicht zu bedienende, billige, leicht beschaffbare Vorrichtung rasch einbürgern. Zur permanenten Erwärmung des Kindes sind 4 Platten erforderlich. Die „Couveuse“ selbst besteht aus einem Körbchen, das einen nicht ganz bis an den Rand reichenden, ebenfalls aus Korbgeflecht hergestellten Doppelboden besitzt. Der zwischen diesem und der Wand freibleibende Raum gestattet der Wärme, welche die durch eine seitliche Klappe eingeschobenen Platten entwickeln, an allen Seiten ein Aufsteigen um das Kind, das, dadurch von gleichmässiger Wärme umgeben, über dem obersten Boden, auf seinem Bettchen, in seinen Windeln ruht und beim Auswechseln der Platten nicht gestört wird. Aus mehreren Versuchsreihen ergab sich folgendes Mittel der Couveusentemperatur bei einer Anfangstemperatur von + 15° R. und einer Einlage von 4 Platten:

Nach 10 Minuten	+ 25°	Nach 3 Stunden	+ 25,0°
„ 15 „	+ 27°	„ 4 „	+ 24.5°
„ 20 „	+ 28°	„ 5 „	+ 23.5°
„ 30 „	+ 27°	„ 6 „	+ 23,0°
„ 1 Stunde	+ 26,5°	„ 7 „	+ 23,0°
„ 2 Stunden	+ 26,0°	„ 8 „	+ 22,5°

Da die Beschaffung solcher Couveusen rasch, ohne Verzug vor sich gehen muss, sollten in allen Städten solche an bestimmten, Aerzten und Hebeammen bekannten Orten parat gehalten und für billiges Geld leihweise überlassen werden. (Deutsche Medic.-Ztg. 1899 No. 60.)

95) **Tannoform gegen Kinderdiarrhoën** empfiehlt warm S. M. Timaschew, der das Präparat bei 43 mit Enteritis (12 mal acute, 31 mal chronische) behafteten Kindern anwandte und nur 5 mal keinen Erfolg erzielte, während in 8 Fällen acuter und 18 Fällen chronischer Enteritis vollständige Heilung, in den anderen Besserung erreicht wurde. Das Tannoform besitzt dank seinem Gehalt an Formalin, welches bei der Spaltung des Präparats in alkalischer Mitte frei wird, desinficierende Eigenschaften, ein grosser Vorzug vor ähnlichen Präparaten! Tannoform kann ferner lange Zeit gebraucht werden, ohne irgend welche nachteilige Nebenwirkung zu äussern. Vor der Ordination gab T. stets Ol. Ricini, und dann erst Tannoform, letzteres 4 mal täglich kurz vor der Mahlzeit zu 0,1—0,2 (im 1. Lebensjahre), 0,15—0,25 (von 1—3 Jahren), 0,25—0,4 (später) pro dosi.

(Djetskaja Medicina 1899 No. 1. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 4.)

96) **Angeborene hochgradige Klumpfüsse** hatte ein Kind, das Prof. Krause im Altonaer Aerzteverein (31. V. 99) demonstrierte. Bei dem 7jähr. Knaben, bei dem die Deformität so hochgradig gewesen, dass er das Dorsum pedis als Gehfläche benutzte, ist durch die Phelp'sche Operation und forciertes Redressement ein sehr gutes Dauerresultat erzielt worden. Die Operation wurde Ende 1895 ausgeführt, nachdem durch Tenotomie und wiederholtes Brisement forcé nur teilweiser Erfolg erreicht war. Pat. geht jetzt vollkommen auf den Fusssohlen, hat sogar etwas Neigung zu Plattfuss; es besteht nur noch eine leichte Abductionsstellung der Füsse, die

Digitized by Google

auch im Allgemeinen am schwersten zu beseitigen ist. Die Phelp'sche Operation liefert für derartig hochgradige Fälle die besten Ergebnisse, besser als die Keilosteotomie und Talusexstirpation, welch letztere ausserdem meist erhebliche Störungen im Wachstum des Fusses bedingt.
(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 27.)

97) **Urosintabletten** (Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M.), deren jede 0,5 g Chinasäure, 0,15 g Lithion citr. enthält, empfiehlt J. Weiss (Basel) als recht geeignet zur Behandlung der harnsauren Diasthese, vorzüglich auch zum prophylactischen Gebrauch. Die Zusammensetzung von Chinasäure und Lithion ergab sich als die zweckmässigste, um, ohne üble Nebenwirkungen zu erzielen, die Harnsäurebildung herabzusetzen, und obiges Präparat entspricht demgemäss allen Anforderungen, zumal es, selbst in grösseren Dosen gereicht, nie unangenehme Folgen zeitigt. Es verdient deshalb, in geeigneten Fällen angewandt zu werden.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 14.)

98) **Die Bedeutung der Diazoreaction für Diagnose und Prognose von Scharlach und Masern** studierte J. Löwe an 900 Untersuchungen bei diesen Krankheiten und kam zu dem Resultat, dass jene Reaction kein pathognomonisches Symptom für irgend eine Krankheit, sondern nur beweisend für die Schwere jener Affectionen ist; je früher nach Eruption des Exanthems die Reaction auftritt, desto schwerer der Verlauf dieser Krankheiten, je stärker und je häufiger sie constatiert wird, desto eher ein letaler Ausgang zu erwarten.
(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1899 No. 2—4. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

99) **Einen Fall von Noma nach Masern** bei einem 5jähr. Mädchen löffelte M. Achmetjew energisch mit dem scharfen Löffel aus und rieb dann die befallenen Partien mit Jodoformpulver aus. Es gelang, das Weiterumsichgreifen der Affection zu verhindern und Pat. trotz schlechten Allgemeinbefindens zu retten.
(Dtjeskaja Medicina 1899 No. 2. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

18) **Aerztlich-Pharmazeutischer Almanach Ungarns** nennt sich ein von der Redaction der „Ungar. medic. Presse“ (Dr. Edm. Tuszkai) herausgegebenes stattliches Buch, in welchem man neben wissenschaftlichen Abhandlungen vieles Andere (z. B. alle Aerzte von Budapest und Ungarn, Spezialärzte, Kliniken, Universitätswesen, Adressenschema, Verzeichnis der Apotheker, Bade- und Kurorte Ungarns u. s. w.) findet. Da der Preis ein mässiger ist (3 fl.) und das Reinerträgnis dem Denkmalfonds Semmelweiss zu Gute kommt, dürfte der Almanach mit Recht einen grossen Abnehmerkreis gewinnen.

19) **Die Zähne in hygienischer und ästhetischer Beziehung**, so lautet der Titel eines Werkchens (Berlinische Verlagsanstalt, Berlin), das den Zahnarzt Werkenthin zum Verfasser hat. Derselbe versteht es, in diesen „gemeinverständlichen Aufsätzen“ ein anschauliches Bild von der Thätigkeit des Zahnarztes zu geben, alle diesbezüglichen Arbeiten und technischen Methoden zu beleuchten und den hygienischen Gesichtspunkten gerecht zu werden. Auch der frühesten Kindheit wird in einem besonderen Capitel gedacht, desgleichen das Milchgebiss, der Zahnwechsel, die Weisheitszähne, die Zahnschmerzen, die Pflege der Zähne u. s. w. behandelt. In dem 2. Theile, in welchem die Zähne in ästhetischer Beziehung gewürdigt werden, werden die Leser durch geistreiche Gedanken und originelle Ideen des Autors überrascht.

20) Das **Lehrbuch der Kinderkrankheiten** von Prof. Baginsky ist zu bekannt, als dass es nötig wäre, ihm empfehlende Worte auf den Weg zu geben. Es genügt daher die Anzeige, dass jetzt die 6. Auflage, wenigstens die 1. Hälfte derselben, erschienen ist (bei Fr. Wreden, Braunschweig. Preis: M. 8,60). Der Autor hat derselben wieder wesentlich verbessernde und vervollständigende Abänderungen zu teil werden lassen, sodass das bei Pädiatern und praktischen Aerzten gleich beliebte Buch wieder vollkommen auf der Höhe der Zeit steht und noch nutzbringender sich gestalten dürfte, als die früheren Auflagen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. Oktober 1899.** No. 10.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

8) Ueber technische Verbesserungen in der häuslichen Milch-Sterilisation.

Von

San.-Rat Dr. **L. Fürst**,

Specialarzt für Kinderkrankheiten zu Berlin.

Seit der Einführung der Sterilisation resp. Pasteurisierung der Milch im Grossbetrieb ist die häusliche Sterilisierung der Kindermilch etwas vernachlässigt worden und zwar, wie ich glaube, mit Unrecht. Die Thatsache mag wohl hauptsächlich ihren Grund in der Bequemlichkeit des Bezugs der auf Portionsflaschen verteilten, unter Verschluss ins Haus gebrachten, sterilisierten Milch haben. Es ist ja

Digitized by Google

auch nicht zu leugnen, dass die Flaschen-Sterilisation in grösseren Molkereien gewisse Annehmlichkeiten hat. Sie führt den Konsumenten meist (aber nicht ausnahmslos) unzersetzte, keimfreie Milch zu, was ja immer noch besser ist, als ein langer Transport unsterilisierter, roher Milch. Voraussetzung bleibt aber, dass die Milch sofort nach dem Melken in den Sterilisator gelangt, und dass ein wirklich guter Flaschenverschluss vorhanden ist. Als ein Uebelstand der Sterilisation im Grossbetrieb ist hervorzuheben, dass die für den Säugling vorgeschriebene, seinem Alter und seiner Konstitution entsprechende Mischung von einer Centrale, die ja immer nur nach einem gewissen Schema, ohne zu individualisieren, arbeiten kann, nicht geliefert wird.

Nach alledem bietet die Gross-Sterilisation, zumal in solchen Centralen, die nicht selbst einen eigenen oder ausreichenden Viehstand haben und denen eine Mischmilch verschiedener Bauerngüter zugeführt wird, eine nur beschränkte Sicherheit für die Milchqualität. Denn es fehlt die volle Garantie des Produzenten in Bezug auf die Gesundheit seines Viehes, auf tadellose Stallhygiene, auf Unversehrtheit der Milch bis zur Ablieferung in der Centrale. Kranke und gesunde, gut erhaltene und schon leicht in Zersetzung begriffene Milch gelangen vermischt in der Centrale zum Sterilisieren. Die Mischung kann etwaige Fehler wohl verdecken, aber nicht ungeschehen machen.

Allenfalls liesse sich diese Gross-Sterilisation noch günstiger beurteilen, wenn jede Milch an ihrer Ursprungsstelle, also in den Gehöften, Klein-Meiereien etc., unter Garantie des Produzenten sterilisiert würde. Daran ist aber vorläufig nicht zu denken, dass dort eine Flaschensterilisation unter voller Verantwortlichkeit jener Milchereibesitzer oder Kleinbauern eingerichtet wird.

Nun übernimmt zwar nach aussen hin die Centrale diese Verantwortlichkeit; diese ist aber immer eine nur bedingte und unzureichende, da die Centrale völlig abhängig von der grösseren oder geringeren Zuverlässigkeit der Produzenten bleibt, die Stallhygiene, die Art der Milchbehandlung an der Ursprungsstelle, die Reinlichkeit der Transportgefässe u. s. w. nicht controllieren kann. Die Centrale arbeitet also, trotz ihrer Sterilisation im grossen, nicht mit einem unbedingt sicheren Material, sondern mit einem solchen, dessen Fehlerquellen nur verwischt werden und in der Masse verschwinden, einer Masse, die — schon rein technisch betrachtet — schwer zu übersehen ist.

Wenn beispielsweise 3—500 oder 1000 Flaschen gleichzeitig durch strömenden Dampf in grossen Apparaten sterilisiert werden, so ist es bei aller Gewissenhaftigkeit nicht immer möglich, der einzelnen Flasche völlig ausreichende Aufmerksamkeit zuzuwenden. Weder Zeit noch menschliche Hülfskräfte würden hierzu ausreichen und von den letzteren, vom Personal ist der Besitzer der Grossmolkerei oder Centrale stets abhängig. Das Reinigen und Füllen, das Einsetzen, Herausnehmen und Verschliessen der zahlreichen Flaschen erfordert viele Hände; es muss in einem lebhaften Tempo geschehen. Und so ist es, wie in einem grossen Fabrikbetriebe, ganz natürlich, dass ab und zu unvollkommen verschlossene Flaschen mit unterlaufen und so die Centrale verlassen.

Es ist also kein Wunder, wenn anscheinend gut verschlossene,

Digitized by Google

sterile Milch aus Grossbetrieben sich unter Umständen als nicht steril, als keimhaltig und selbst als zersetzt erweisen kann. Denn dieser Betrieb kann nicht mit der peinlichen Exaktheit des bakteriologischen Laboratoriums arbeiten.

Nicht unerwähnt darf noch eine Schattenseite der Grosssterilisation bleiben, nämlich der Kostenpunkt. Meist muss man die Bequemlichkeit, fertig sterilisierte Milch in Portionsflaschen zu beziehen, ziemlich theuer erkaufen, was infolge der hohen Betriebsspesen solcher Centralen auch ganz erklärlich ist. Dasselbe Quantum guter Milch kann man sich durch Sterilisation im Hause nicht selten um die Hälfte des Preises, ja selbst noch billiger herstellen, was, auf den Konsum eines ganzen Jahres berechnet, schon eine sehr bedeutende Ersparnis im Budget einer Familie ausmacht.

Solche Erwägungen haben dazu geführt, der häuslichen Milchsterilisation wieder mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Bequemlichkeit allein ist doch bei Müttern nicht ausschlaggebend. Vielmehr unterziehen sie sich erfahrungsgemäss recht gern im Interesse ihrer Kinder und — ihres Wirtschaftsgeldes der kleinen Mühe, den auf Portionsflaschen verteilten Tagesbedarf an Milch selbst zu sterilisieren oder — was völlig genügt — 5—10 Minuten zu kochen und dann unter luftdichtem Verschlusse jeder Flasche kühl aufzubewahren. Die Anschaffung des Sterilisierapparates, der Flaschen und Verschlüsse stellt sich immer noch viel billiger, als der Bezug fertig sterilisierter Flaschen und die Arbeit ist so gering, ja sie wird, unter blosser Aufsicht der Hausfrau, von jedem gewissenhaften Dienstboten so leicht und gut besorgt, dass sie dabei keine Rolle spielt. Wichtig ist nur, dass jede Mutter darauf hält, nur gesunde, reinlich gewonnene, gut verschlossene und unzersetzte Rohmilch zu erhalten, die nicht zu langen Transport durchgemacht hat.

Die häusliche Sterilisation war seit Soxhlet zum Gemeingut sehr vieler Familien geworden, hatte aber infolge einiger technischen Mängel seines Apparats nach und nach wieder an Popularität eingebüsst. Die Mängel sind trotz der hohen Verdienste des Münchener Gelehrten, dessen Lehren eine neue Aera häuslicher Milchhygiene bedeuteten, nicht wegzuleugnen. Es nimmt seiner Methode nichts von ihrem epochemachenden Werte und der ihr gebührenden Anerkennung, wenn man gewisse Schattenseiten in der Ausführung jener Methode klar legt. Ich komme hierauf noch zurück.

Zunächst indess sei die Frage erörtert: Soll überhaupt die Milch im strengen (bakteriologischem) Sinne sterilisiert, müssen alle Keime durch $^1/_2$ stündige Erhitzung auf über 100° C. abgetötet werden, oder genügt nicht ein kurzes Aufkochen? In der That hat sich herausgestellt, dass eine absolute Sterilisation praktisch entbehrlich ist, ja sogar manche Nachteile (Confluenz und Abscheidung des Milchfettes, Caramelisierung des Milchzuckers, ungünstige Veränderung des Geschmacks, vielleicht auch Disposition zum Scorbutus infantum) im Gefolge hat. Für den Zweck einer 24—36 stündigen Conservierung reicht ein Aufkochen von wenigen Minuten aus, nachdem man die Milch in Portionsflaschen verteilt und nach ärztlicher Vorschrift gemischt hat. Diese Manipulation wäre ja auch mit einem Milchkocher zu erreichen, aber doch

Digitized by Google

nur sehr unvollkommen, da alle 2 Stunden die neue Portion aus diesem in die Flasche gefüllt, zurechtgemacht und angewärmt werden muss, wobei das Einfallen von Luftkeimen schwer zu vermeiden ist. Hier ist nun der Sterilisations-Apparat als Helfer in der Not wieder eingetreten; denn er ermöglicht nicht nur das Abkochen, sondern zugleich die Herstellung luftdicht verschlossener, haltbarer Portionsflaschen, also eine Combination des Soxhletschen und Pasteurschen Princips.

Das ist aber gerade der Kernpunkt, auf den es gegenwärtig ankommt, um den bewährten Sterilisationsapparat wieder zu Ehren zu bringen. Er verbindet eben die Vorteile des Abkochens mit denen des Luftabschlusses, also die Abschwächung etwaiger Keime mit der unbedingten Haltbarkeit durch 24—36 Stunden, sobald die Portionsflaschen kühl aufbewahrt werden. Gerade jetzt, wo einige Mängel des ursprünglichen Soxhlet-Apparats durch den von Ollendorff-Wilden (Bonn) behoben sind, wird der häuslichen Milchbehandlung wieder der ihr gebührende Platz eingeräumt werden können.

Es wurde auch Zeit, dass man sich endlich von der herkömmlichen Vorstellung losmacht, mit dem Apparat müsse durchaus sterilisiert werden. Selbstverständlich kann man damit auch einfach in $^1/_4$ der Zeit pasteurisieren. Man hat beides vollständig in der Hand.

Worauf es aber ankommt, ist in jedem Fall die Güte der Flaschenverschlüsse. Denn mit deren guter oder mangelhafter Beschaffenheit steht und fällt auch die Brauchbarkeit jedes Sterilisierapparats. Die Flaschen des alten Soxhlet-Apparats hatten zunächst eine kurzhalsige Form, die das Reinigen erschwerte. Sodann aber platzten sie leicht, was z. T. auf die bei Soxhlet notwendige Herstellung einer glatten Schliffffläche am Halse und auf die hierdurch veränderten Aggregatzustände des Glases zurückgeführt werden musste. Nahe dieser Schliffffläche wird nämlich das Glas härter, als an entfernteren Stellen. Die Flasche dehnt sich deshalb beim Kochen ungleichmässig aus, und dies muss den Flaschenbruch begünstigen. Ein solcher aber kann, zumal an einem kleinen Ort mit beschränkten Ersatzvorräten zu recht unangenehmen Verlegenheiten führen.

Die glatte Schliffffläche ist bei Soxhlet-Flaschen wegen der Gummiplättchen, die sonst nicht hermetisch haften können, unentbehrlich. Da sie aber beim Flaschenreinigen leicht beschädigt wird, so büsst sie bald ihre sichere Funktion ein. Die Gummiplättchen haften dann nicht mehr fest und fallen leicht ab, was besonders beim Transport im Kinderwagen oder auf Reisen störend ist und zum Eindringen von Luftkeimen oder zu Milchverlusten Veranlassung geben kann. Beiläufig bemerkt halten wegen der Halsform auch bisweilen die Saughütchen nicht fest.

Fast gleichzeitig mit dem Soxhlet brachte Ollendorff-Wilden einen verbesserten Verschluss in den Handel, welcher die gerügten Fehler vermied, dafür aber manchen Vorzug aufwies, nämlich die Gummikappen. Dieser Verschluss bedurfte, was schon ein Vorteil war, keines Abschleifens des Flaschenhalses, funktionierte aber trotzdem infolge des Luftdruckes ausgezeichnet auf jeder beliebigen Flasche, und zwar nicht nur hermetisch, sondern

Digitized by Google

auch automatisch. Ueberdies führte der Genannte für seinen Sterilisierapparat schlanke, langhalsige Flaschen ein, die nicht nur dauerhafter waren, sondern auch eine gründlichere Reinigung von Milchresten ermöglichten. Den Vorzügen des Gummikappen-Verschlusses, die oben erwähnt wurden, gesellt sich noch der hinzu, dass sein Ventil sich von selbst im Dampf reinigt und sterilisiert, so dass, ganz abgesehen von der täglichen Reinigung desselben in kaltem Wasser, eine Ansiedelung von Keimen daselbst unmöglich gemacht ist.

Dass der Ollendorff'sche Gummikappen-Verschluss unbedingt und sicher fest sitzt, davon kann man sich leicht überzeugen. Die Luft selbst drückt ihn beim Erkalten des Flascheninhalts, nachdem der Dampf entwichen ist, so fest an den Flaschenhals an, dass ein Abfallen, ein Ausfliessen von Milch, ein Zutritt von Luft ausgeschlossen ist. Bei keinem Transport, weder im Kinderwagen, noch in der Handtasche auf Reisen etc. streift sich die Kappe ab; ebenso wenig reisst sie, wenn man sie nicht beim Ueberziehen dehnt oder verletzt, ein. Der Verschluss ist also dauerhaft und sparsam. Ueberdies controlliert er sich selbst. Sollte eine Entfernung oder Verletzung stattgefunden haben und Luft in die Flasche eingedrungen sein, so ist die Kappe nicht mehr in diese hineingedrückt, sondern nach aussen gewölbt.

Wie jede neue Idee zu Nachahmungen und Modifikationen anregt und die „Erfinder" beschäftigt, so geschah es auch mit dem Ollendorff'schen Kappenverschlusse. Alle Variationen desselben Princips, selbst die von Prof. Stutzer angegebene, die ebenfalls durch Ollendorff in den Handel kam, haben aber neue Vorzüge vor dem Urbilde nicht ergeben. Wohl sind manche recht unzweckmässige, gekünstelte Verschlüsse aufgetaucht; aber die grosse Einfachheit des Gummikappen-Verschlusses hat sie alle wieder überflügelt.

Man kann sagen, dass der Ollendorff-Apparat dem Sterilisieren und Pasteurisieren der Milch im Hause die ins Wanken geratene Popularität wieder errungen hat. Man kann aber auch nur wünschen, dass die Grossbetriebe der Molkereien bei der Flaschensterilisierung *en masse* den Gummikappen-Verschluss als den einfachsten, billigsten, dauerhaftesten und keimsichersten einführen und damit einen oft gerügten Mangel: die nicht unbedingte Sicherheit ihrer bisherigen Verschlüsse, abstellen.

II. Referate.

222) **Whitney.** Periodisches Erbrechen.

(Archives of Pediatrics, Novemb. 1898. — Münchener medic. Wochenschr. 1899 No. 8.)

Diese nicht häufige Erkrankung wurde zuerst 1882 von Leyden beschrieben, später von Snow und Anderen. Sie kommt fast nur bei Kindern vor und besteht darin, dass in ganz regelmässigen Zwischenräumen von 2—3 Monaten nach einem Prodromalstadium von etwa 24 Stunden plötzlich heftiges Erbrechen auftritt, bisweilen mit leichtem Fieber. Während des acuten Stadiums besteht oft Bewusstlosigkeit oder Delirium, und ist die Krankheit von grosser Ermattung gefolgt, sodass die Pat. sich nur

Digitized by Google

schwer erholen. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Neurose des Magens, vielleicht auch um Autointoxikation mit Alloxurkörpern, wie Paraxanthin und Heteroxanthin, die in grosser Menge nachgewiesen wurden.

Therapeutisch ist Ueberarbeitung zu vermeiden, dagegen reichliche Bewegung in frischer Luft indiciert, Verstopfung zu bekämpfen, die Diät zu überwachen (reichlich Milch, Fisch, kein Fleisch); daneben Lithionwasser, Salol, Salicyl manchmal von Nutzen. Im Anfall ist der Collaps zu behandeln.

---

223) **W. Jakubowitsch.** Ueber die resorbierende Fähigkeit der verschiedenen Oberflächen des kindlichen Organismus.

(Medicinskoje Obosrenje 1899 No. 1. — Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 1.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen kommt J. zu folgenden Schlüssen:

1) Unmittelbar nach einer Magenausspülung geht die Resorption von der Schleimhautoberfläche des Magens viel langsamer von statten, als ohne Ausspülung.

2) Eine erhöhte Temperatur und anhaltende fieberhafte Processe verringern die resorbierende Fähigkeit des Magens und des Rectums.

3) Das Alter des Kindes hat weder bei normaler, noch bei erhöhter Temperatur einen merkbaren Einfluss auf die Resorption der Schleimhautoberflächen.

4) Die Resorption vom Rectum aus geschieht am langsamsten bei Säuglingen und am raschesten im Alter von 2—4 Jahren.

5) Die resorbierende Fähigkeit der Rectalschleimhaut schwindet beim Herannahen des Exitus.

6) Wässerige Jodkalilösungen werden von der normalen unverletzten Haut nicht aufgenommen.

---

224) **Th. Homburger.** Ichthalbin in der Kinderheilkunde.

(Aus der Poliklinik von Privatdoz. Dr. H. Neumann in Berlin.)

(Therap. Monatshefte 1899 No. 7.)

Nachdem schon vielfach Ichthalbin mit bestem Erfolge angewandt worden ist, hat auch H. das Präparat einer Prüfung unterzogen, wobei auch er sich von der guten Wirkung desselben überzeugen konnte. Sein Resumé lautet: „Vor allem ist zu betonen, dass es ein völlig unschädliches und in der von uns verwendeten Form fast geschmackloses Präparat darstellt, das ohne Beschwerde innerlich gegeben werden kann. In wenigen Tagen vermag es nässende Ekzeme in trockene zu verwandeln, und dies auch dort, wo äussere Mittel allein nicht rasch zum Ziele führten. In Verbindung mit den gebräuchlichen äusseren Medikamenten beschleunigt es die Heilung von trockenen Ekzemen. Ebenso fördert es die Rückbildung der häufig in Begleitung schwächender Krankheiten im Kindesalter auftretenden multiplen Furunculose. Bei Krankheiten, welche den Kräftebestand aufzehren, wie z. B. bei chron. Pneumonien, Scrophulose, chron. Darmkatarrhen be-

Digitized by Google

wirkt Ichthalbin unter Besserung des Appetits eine bemerkenswerte Zunahme des Körpergewichts. Daher dürfte sich seine Verwendung auch in der häufig durch Appetitlosigkeit und Schwächezustände erschwerten Reconvalescenz nach fieberhaften Krankheiten empfehlen. Von den Darmkatarrhen werden im Ichthalbin besonders die chronischen günstig beeinflusst, während die acuten und subacuten seiner Wirkung sich weniger zugänglich zeigen. Jedenfalls ist demnach Ichthalbin eine wertvolle und weiterer Beachtung würdige Bereicherung unseres Arzneischatzes."

Ueber Dosierung, Form der Darreichung etc. sagt H. Folgendes: „Für Kinder im 1. Halbjahr dürfte sich als 3mal täglich zu gebende Dosis 0,05—0,1 g Ichthalbin empfehlen, für das 2. Halbjahr 0,15—0,2 g, im 2. Lebensjahr reicht man 0,2—0,3 auch 3mal täglich. Diese Dosis zeigt auch bei älteren, selbst 10—12jähr. Kindern noch ihren vollen Einfluss, wie wir uns wiederholt überzeugen konnten. Sollte gleichwohl diese Dosis nicht genügen, so kann man vom 3. Jahre ab langsam auf 0,5 pro dosi steigen, sodass das letztere Quantum im 5. Lebensjahr erreicht wird. Ebenso kann man von hier an bis zum 10. Lebensjahr allmählig bis zu 1,0 grossen, 3mal täglich zu wiederholenden Dosen übergehen. In der Armenpraxis lässt man von der als Schachtelpulver verschriebenen Arznei je nach dem Alter des Kindes je 1—2 Messerspitzen mehrmals am Tage nehmen. Am besten reicht man das Präparat wegen seiner appetitsteigernden Fähigkeit vor dem Essen, ohne zu ängstlich an der oben angeführten einzelnen Gabengrösse festzuhalten, denn dass das Mittel auch in grösseren Mengen in den ersten Lebensmonaten ohne irgend einen Nachteil ertragen wird, bewies uns der Versuch bei einem 5 Monate alten Kinde, welchem irrtümlich eine Gabe von 0,5 g Ichthalbin 3mal täglich ohne irgend einen Nachteil gereicht worden war. Wie die Mehrzahl unserer Erfahrungen lehrte, sind verhältnismässig recht geringe Mengen des Medikamentes zur Erlangung des gewünschten Erfolges ausreichend, sodass es auch bei längerer Anwendung, zumal als Schachtelpulver (z. B. Ichthalbin mit Chocolade aā 5,0—10,0 S. 3mal tägl. messerspitzenweise) sich kaum zu teuer stellen dürfte." Auch die Tablettenform (Knoll & Co) ist recht zweckmässig; kleinen Kindern giebt man die Tabletten, nachdem sie zu Pulver zerdrückt sind, in Zuckerwasser.

---

225) **G. Sticker.** Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1899 No. 11.)

Seit Ende April herrscht in Wetzlar und 2 benachbarten Dörfern unter den Kindern ein Ausschlag, wie er daselbst bisher unbekannt war. St. hatte Gelegenheit, eine Reihe von Pat. zu sehen und die Sache genauer zu beobachten. Da die Erkrankungen stets leichter Natur waren, so unterliess man es alsbald den Arzt zu holen, sodass über den Umfang der Epidemie Genaueres nicht zu eruieren ist. Was das Bild der Krankheit anbelangt, so nehmen die ausgebildeten Fälle folgenden Verlauf: Ohne jegliche Vorboten oder nach einen mehrtägigen Schnupfen, nach einigem Niesen, seltener nach ganz

Digitized by Google

leichten Schlingbeschwerden erscheinen ohne merkliches Fieber oder unter ganz geringen Fieberbewegungen auf den Wangen grosse rote Flecke oder symmetrische breite blasse Quaddeln mit rotem Hof, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Am anderen Tage, seltener am selbigen, treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, wieder 1—2 Tage später rückläufig über dem Stamm, über Stirn und Schläfen in rascher Ausbreitung oder in zögernd folgenden, wiederholten Nachschüben kleine runde Roseolen oder grössere unregelmässig begrenzte rosenrote Flecke, Ringe, Guirlanden auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben und dem tastenden Finger eben fühlbar werden. Bald wird das Centrum der Figuren, seltener die Figur selbst, silbergrau, hellbraun oder graublau. Das Erythem verschwindet anfänglich beim Verstreichen oder Anspannen der Haut gänzlich; später bleibt es als ein gelbliches oder bräunliches Mal auf der blutleer gemachten Haut stellenweise schwach sichtbar. Haarboden und Hals, Finger und Zehen und die Gesässgegend oder wenigstens der Damm bleiben auch bei der stärksten Ausbreitung beinahe ganz frei, Ellenbogen und Kniee, Brust und Bauch werden in geringerem Masse befallen, als die übrigen Teile. Am reichlichsten stehen die Flecke auf den Strekseiten der Gliedmassen, an Schultern und Hüften, Hinterbacken bis zu der Fläche, die beim Sitzen aufliegt. Hier, wie an anderen Grenzen seiner Ausbreitung bildet die rote Zone des Exanthems mitunter eine wallartige, unregelmässige, durch vorgeschobene Landzungen und Inseln vielgestaltige Küste gegen die freigebliebene helle Hautfläche. Meistens verfliessen zwischen dem ersten Erscheinen des Erythems im Gesicht und seiner letzten Verbreitung 2 oder mehrere Tage; entweder ist dann schliesslich der ganze Körper (mit Ausnahme der besonderen Stellen) vom Erythem eingenommen oder der Process ist am Ausgangspunkt und an anderen früh befallenen Stellen wieder abgeheilt und nur noch an den Vorderarmen oder an den Unterschenkeln oder um das Gesäss herum zu finden, um hier einige Zeit, bis zu mehreren Tagen zu verharren. In den Fällen, in welchen die Höhe der Krankheit mit einer allgemeinen Ausbreitung des Ausschlages erreicht wird, pflegen die Erscheinungen am ausgeprägtesten am 3. oder 4. Krankheitstage zu sein und dann sehr rasch zu verschwinden oder nur an einzelnen Stellen zu zögern. Auf der Höhe des Ausbruchs hat dann die anfänglich hellrote Hyperämie der Wangen eine dunkle Carmin- oder Weinröte oder einen zinnober- bis kupferroten Ton angenommen und zeigt mässig infiltrierte, etwas erhabene Ränder, in deren Umgebung kleinere Flecken aufgeschossen sind; wo im Anfang etwa eine Quaddel stand, ist nachher ein derbes, dunkelrotes Infiltrat. Am Rumpf herrscht immer die fleckige Form des Erythems vor mit der Neigung, in Ringform mit eingesunkenem Centrum auseinanderzufliessen oder zu Landkartenlinien zusammenzutreten. An den Extremitäten bildet der Ausschlag bei seiner höchsten Entwickelung fast ausnahmslos eine marmorierte Zeichnung, welche durch das Ineinanderspielen der weissen gesunden Hautstellen und der hyperämischen Stellen mit rotem, mannigfaltig gebuchtetem Rande und grauem oder gelbbräunlichem oder graublauem Centrum ein zarteres oder lebhafteres Farbenbild giebt. Nur in Ausnahmefällen überzieht das Erythem in gleich-

Digitized by Google

mässiger Scharlachröte das Gesicht und fast den ganzen Körper. Die Mundschleimhaut war in einem einzigen Falle hell und dunkelrot marmoriert; sonst waren alle sichtbaren Schleimhäute stets unverändert, ebenso die Lymphdrüsen. In einem Falle begann die Krankheit nicht im Gesicht, sondern mit einer erythematösen infiltrierten Zone am unteren Drittel beider Unterschenkel, da wo die Schnürschuhe endigten; nach einem Stillstand von 3 Tagen an diesen Stellen verbreitete es sich rasch aufwärts über den ganzen Körper in typischer Weise. Das Exanthem verläuft unter völligem Wohlbefinden, das höchstens durch ein mässiges Spannen oder Jucken in der Haut gestört wird, und es verschwindet spurlos, ohne Abschilferung, höchstens eine schwache bräunliche Verfärbung der Haut für einige Zeit hinterlassend. Die Dauer der Krankheit bis zum gänzlichen Verblassen des Ausschlags beträgt 3, mitunter 5 Tage; seltener verharrt das Erythem an einzelnen Stellen bis in die 2. Woche hinein.

Womit hat man es hier zu thun? Dass die Krankheit contagiös ist, dafür spricht die Art ihrer Verbreitung in den Familien, wo sie nacheinander die einzelnen Kinder befällt und die aus Scharlachfurcht frühzeitig abgesonderten verschont, ihr stark gehäuftes Auftreten bei Schulkindern u. s. w. Dem typischen Verlauf nach gehört die Krankheit zweifellos in die Gruppe der acuten Exantheme; aber der besondere Verlauf und die Form des Ausschlages schliesst eine Verwechselung mit Scarlatina, Morbilli, Rubeolae völlig aus, ganz abgesehen davon, dass viele der Pat. diese Exantheme schon durchgemacht haben. Man kann nur an Erythema simplex resp. exsudativum denken. Meist wird freilich betont, dass diese Erytheme nur sporadisch auftreten, einzelne Autoren nur beobachteten ein epidemieartiges Auftreten, so Gerhardt, der darauf hinweist, dass „einzelne Monate des Herbstes und Frühjahrs, z. B. April, viele Fälle bringen," und Henoch, der ein wirkliches Erythema exsudativum bei Kindern beschreibt, welches in den Frühjahrsmonaten sich häuft, aber freilich die Contagiosität leugnet, so endlich Kaposi, welcher von der jährlichen Wiederkehr und Häufung verschiedener Erythemformen („Erythema polymorphum") auf eine „miasmatisch infectiöse bacteritische Ursache schliesst," aber ebenfalls nicht an ein Contagium glaubt. Wenn aber diese Erytheme so geschildert werden, dass sie fast ausnahmslos gleichzeitig an beiden Hand- und Fussrücken und den angrenzenden Partien des Vorderarmes und Unterschenkels mit dem Aufschiessen von stecknadelkopfgrossen und alsbald zur Linsengrösse heranwachsenden roten Flecken beginnen und eine Dauer von 2—4—6 Wochen haben, so geht es nicht an, sie mit obiger Affection zu identificieren, und man muss letztere wohl als etwas „Besonderes" auffassen, dessen Klarlegung weiteren Beobachtungen vorbehalten werden muss.

---

226) **L. Ehrenhaft** (Wien): Endemisches Auftreten der Alopecia areata.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No. 12.)

Angesichts der Thatsache, dass noch immer die parasitäre Natur dieser Affection von vielen bestritten wird, erscheint die Beobachtung

Digitized by Google

E.'s recht interessant. Vor etwa 10 Jahren hatte derselbe Gelegenheit, im I. österr. Kinderasyl in Kahlenbergerdorf die Erkrankung gleichzeitig bei 16—18 Kindern im Alter von 8—14 Jahren zu sehen, alles Knaben, während die Mädchen verschont blieben. Fleissige Einreibungen mit Spir. saponat. brachten die Massenerkrankung nach Verlauf von 3—4 Monaten zum Schwinden, und kam seit dieser Zeit im Asyl kein neuer Fall vor. Vor etwa 3 Monaten nun wurde ein Knabe des Asyls wieder von dem Leiden heimgesucht; bei dem gewöhnlichen therapeutischen Verfahren trat bald Besserung ein. Als nun E. vor 14 Tagen den übrigen Institutskindern die Haare kürzen liess, da zeigte sich bei der Untersuchung, dass unter den 18 Knaben und 20 Mädchen des Instituts die Alopecie rasch um sich gegriffen hatte und gleichzeitig 15 Knaben und 2 Mädchen daran litten. Die Kinder bewohnen bei getrennten Geschlechtern gemeinsame Schlafsäle, benutzen gemeinschaftlich Kämme, Bürsten, die Knaben verwechseln oft ihre Kappen. Da nun die erkrankten Kinder die öffentliche Volksschule besuchen, so untersuchte E. auch diese Schulkinder und fand auch hier 10 Knaben mit Alopecie behaftet. Angesichts dieser Thatsachen ist doch wohl der parasitäre Charakter der Alopecia areata erwiesen und diese als Infectionskrankheit anzusehen.

---

227) **Rille.** Fall von Xeroderma pigmentosum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 20.)

R. stellt den 9jährigen Pat. der Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck (28. I. 99) vor. Es ist dies einer der beiden von v. Lukasiewicz 1896 beschriebenen Fälle, und zeigt eine aus dieser Zeit stammende Abbildung, welch progendienten Verlauf seitdem das Leiden genommen.

Pat. ist vollständig erblindet, am linken Auge infolge der Carcinombildung, während rechterseits Phthisis bulbi besteht, aufgetreten im Anschluss an eine Eiterung. Bei seinem herabgekommenen Ernährungszustande, der enormen Magerkeit und dem mikrocephalen Schädeltypus macht das Individuum den Eindruck eines kaum 5jähr. Knaben; dazu kommt dessen Stummheit und idiotisches Wesen, welche im Verein mit den tiefgehenden Zerstörungen im Gesicht, im Zusammenschrecken des Kindes bei der leisesten Berührung einen wahrhaft grausigen Anblick ergeben.

Von der Krankheit befallen erscheint die Haut des Gesichts, des behaarten Kopfes und Halses, sowie die der Handrücken und der Vorderarme. Hier finden sich allenthalben dicht gedrängt stehende, sommersprossen- und lentigoähnliche, gelbbraune bis dunkelgraubraune, mohnkorn-, stecknadelkopf- und halblinsengrosse Pigmentflecke auf blasser, fahlgrauer Haut, am reichlichsten im Gesicht, speziell in der linken Hälfte und besonders reichlich und dunkel tingiert namentlich am Nacken, während ein kleiner Bezirk der Vorderfläche des Halses fast frei erscheint. Zwischen den Pigmentsprenkelungen finden sich besonders im Gesicht vielfache weissliche, blatternnarbenähnliche und umschriebene Hautpartien, welche verdünnt und leicht eingesunken sind; in der Gegend der Jochbogen und des unteren Augenhöhlenrandes die Haut in mehr diffuser Weise derartig verändert, weissglänzend, schwer faltbar. An den Ohrmuscheln inmitten der Pigmentflecke mehrere erbsengrosse, federfahnenartige, hornig harte Warzen, kleinen Cornua cutanea vergleichbar; aus einer derselben hat sich am rechten Ohre ein kreuzergrosser Substanzverlust mit nässender und drusig unebener Basis entwickelt. Auch die behaarte Kopfhaut ist Sitz vielfacher, doch weniger dicht gedrängt stehender und mehr blasser Pigmentflecke. Am Hinterkopf ein krustenbedeckter Substanzverlust; Behaarung vollständig erhalten. Carcinombildung besteht am linken

Digitized by Google

Naseneingange und weit vorgeschritten an Kinn und Unterlippe. Der linke Nasenflügel zeigt einen halbmondförmigen, über kreuzergrossen, geschwürigen Defect, und reicht die Ulceration bis Nasolabialfurche einerseits und auf die Nasenschleimhaut andererseits. Ferner befindet sich ein tiefes, spaltförmiges, 6 cm weit nach aufwärts ziehendes Geschwür am linken Mundwinkel und setzt sich unmittelbar in eine drusig-warzige, zerklüftete Geschwulstmasse auf Unterlippe und Kinnfurche fort, welch beiden entsprechend 2 quere fleischrote, erodierte und nässende Wülste von derbem Gefüge vortreten, zwischen denen eine grosse Perforationsöffnung in die Mundhöhle führt. Der Unterkiefer zum Teil zerstört, nach rückwärts gesunken und völlig zahnlos. In der Hals-Kinnfurche ein länglich-ovales Geschwür mit derben, aufgeworfenen Rändern und mässig secernierendem, zerklüftetem Grunde. Eine Drüse am linken Unterkieferwinkel walnussgross, auch die seitlichen Halsdrüsen vielfach erbsengross durchzutasten. Beide Handrücken und Vorderarme bis in halber Länge Sitz von Pigmentflecken, die Haut zwischen denselben jedoch mehr blaurot gefärbt und bedeckt mit dicht beisammenstehenden, polygonal contourierten, derben, warzenartigen Erhebungen, ähnlich den Verrucae planae juveniles; ebensolche in grosser Zahl auch an der Streckseite der Finger. Palmae manus vollständig normal, und auch an der Beugefläche der Vorderarme verhältnismässig wenig Pigmentflecke. Die übrige Körperhaut normal, zart weiss, doch finden sich an Rücken, Bauchwand, Oberschenkeln und Penis eine grössere Zahl von gewöhnlichen Pigmentflecken.

Als besonders bemerkenswert an diesem Falle ist hervorzuheben das vollständige Fehlen von Teleangiektasien (bei allen bisherigen Beobachtungen verzeichnet!), welche sonst zwischen die Pigmentflecke zerstreut der Haut ein so charakteristisches buntscheckiges Gepräge verleihen, ferner der Ausgang in Carcinombildung von den hornigen Warzen aus. Von grossem Interesse ist ferner auch der gerade für obigen Fall wohl nicht ganz von der Hand zu weisende Zusammenhang mit dem schädigenden Einflusse des Lichts und der Sonne, worauf Unna, Pick u. A. bereits aufmerksam gemacht haben, die in den genannten Factoren, und zwar in den blauen und ultravioletten Strahlen, also den chemisch wirksamen des Spectrums, eine Gelegenheitsursache für das Auftreten dieses deletären Leidens bei den betreffenden, mit einer Art angeborener Debilität der Haut behafteten Individuen annahmen. Wie in Unna's Fällen, wurde auch hier angegeben, dass die ersten Erscheinungen der Krankheit in Gestalt einer erysipelatösen Rötung, eines Ekzema caloricum, auftraten, als das Kind im zarten Lebensalter an einem sonnigen Frühlingstage zum 1. Male ins Freie gebracht wurde. Diese Erscheinungen wiederholten sich überdies jedesmal, wenn Pat. bei seinem mehrjährigen Aufenthalte an der Klinik in den Garten getragen wurde; da das Kind die Füsse stets gut bekleidet trägt und nicht barfuss geht, besteht auch im Gegensatz zu bezüglichen anderen Fällen kein Befallensein der Füsse und Unterschenkel.

Das in Rede stehende Krankheitsbild wurde 1872 von Kaposi zuerst beschrieben; zweifellos sind aber schon früher solche Fälle beobachtet worden, ohne dass die Symptome — Pigmentierung, Atrophie, Carcinose — als zusammengehörig erkannt wurden.

---

288) **Rost.** Fall von Naevus pilosus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 24.)

R. stellte denselben in der Berliner medic. Gesellschaft (17. V. 99) vor.

Bei dem 5jähr. Mädchen sieht man die Haut des Rückens zu gut $^2/_3$ bedeckt mit einer stark pigmentierten Zone, die ein richtiges Haarkleid trägt. Die Pig-

Digitized by Google

mentierung beginnt oben in der Höhe des 10. Brustwirbels. Ihre oben bogenförmige Begrenzung zieht sich ungefähr 2 Querfinger breit unterhalb des unteren Winkels der Scapula hin. Nach unten geht sie auf Nates und Oberschenkel über, wo sie ebenfalls bogenförmig abschliesst. Verfolgt man die oberen Begrenzungslinien nach vorn, so sieht man sie beide auf dem Abdomen steil nach vorn abfallen und sich erst unterhalb des Nabels in der Mitte vereinigen. Es ist also am Abdomen Epigastrium und Mesogastrium frei, während das Hypogastrium ergriffen ist. Die Haut innerhalb der pigmentierten Zone ist nicht überall gleich. So sieht man hinten in den beiden Lumbalgegenden ein wenig oberhalb des Beginns der Crena ani eine grosse Menge flacher Knötchen, die nur wenig die Hautoberfläche überragen, zum Teil an ihrer Oberfläche etwas zerklüftet sind und Haare tragen; diese Knötchen sind der Gruppe der sogen. Naevi pigmentosi et pilosi einzureihen. Aehnliche Knötchen finden sich auch in der linken Inguinalfurche. Bezüglich der Behaarung und Pigmentierung sind auch gewisse Gradunterschiede zu machen. Wenn man die Haut mit der Lupe betrachtet, so sieht man ja allerdings kein Fleckchen, welches nicht behaart wäre. Makroskopisch jedoch heben sich die dunkler pigmentierten Stellen deutlich ab von weniger pigmentierten, und ebenso ist die Behaarung an manchen Stellen eine ausgesprochenere, als an anderen (so ist der Mons Veneris ausserordentlich behaart). Die ganze Hautveränderung erstreckt sich wie eine Schwimmhose um den ganzen Körper. Die Affection ist im Allgemeinen symmetrisch und scheint dem Verlauf gewisser Nervenplexus zu folgen, dem Plexus lumbalis et sacralis. Anders bei 2 anderen pigmentierten Stellen, deren eine sich zwischen den Scapulae, die andere vorn in der Gegend des Epigastriums befindet. Sie folgen, obwohl sie recht ansehnlich gross sind, keinem bestimmten Nervenplexus, sind auch nicht symmetrisch, indem z. B. die grössere Hälfte bald rechts, bald links zu finden ist. Die Haut der Arme, Unterschenkel, des Gesichts u. s. w. ist mit Naevus pigmentosis besetzt. Die Haut der Achselhöhlen ist vollkommen frei von Haaren, und im Gesicht zeigt sich kein einem Barte entsprechender Haarwuchs. Eine Spina bifida, wie sie häufig mit derartigen Anomalien verbunden ist, fehlt hier, desgleichen Anomalien der Zahnbildung, gleichfalls hierbei öfters beobachtet.

Die Eltern des Kindes sind vollkommen gesund und normal, auch in ihrer Verwandtschaft und bei dem anderen Kinde, welches sie besitzen, ist nichts derartiges vorgekommen. Das Kind selbst hat die Anomalie mit auf die Welt gebracht, und zwar schon so ausgesprochen, dass man der Mutter das Kind verbarg, vor dem sie dann, als sie es nach 4 Wochen sah, heftig erschrak. Beim Heranwachsen des Kindes kamen keine neuen Naevi hinzu, nur vergrösserten sich die alten, entsprechend dem Wachstum des Kindes. Die Behaarung wurde im Laufe der Zeit eine stärkere, indem wohl die anfänglichen Lanugohaare sich nach und nach mit den jetzigen vertauschten, die lang, stark pigmentiert sind und sich in nichts, auch mikroskopisch nicht, von den Haaren des Kopfes unterscheiden. Das Kind hat sich recht kräftig entwickelt, ist innerlich durchaus gesund und ist über sein Alter hinaus, was Betragen und Verstand betrifft, gereift.

Es handelt sich hier um sogen. Hypertrichosis congenita partialis (universelle findet sich bei den „Haarmenschen" oder „Affenmenschen"), die in 2 Arten zerfällt, die heterochrone und heterotope (Lesser); die erstere umfasst diejenigen Fälle, bei welchen an Stellen, die auch beim Erwachsenen einen kräftigen Haarwuchs tragen, sich dieser vor der Zeit entwickelt (z. B. Entwickelung der Schamhaare bei Kindern), die andere diejenigen, in welchen an sonst mit Lanugohärchen bedeckten Stellen ein sehr starker Haarwuchs zur Entwickelung kommt (z. B. Bartwuchs der Frauen, Naevi pilosi). Obiger Fall ist eine Mischform. Es finden sich reichlich Naevi pilosi, ausserdem jener starke Haarwuchs des Mons Veneris, der, wie beim erwachsenen Weibe, mit scharfer Grenze nach oben abschliesst. Die Ansicht der Autoren geht im Allgemeinen dahin, dass die Hypertrichosis auf einer abnorm starken Entwickelung des fötalen Haarkleides beruht. Die Haare sollen immer den Langerschen Spaltlinien folgen, was auch bei obigen Kinde sehr gut zu sehen ist, besonders an den Oberschenkeln, wo die starken Haare

Digitized by Google

deutlich in Richtungslinien angeordnet sind, die jenen Spaltrichtungen vollkommen entsprechen.

Diskussion: Bartels betont, dass die recht seltenen Fälle von „Schwimmhosen-Naevus“ alle das Uebereinstimmende haben, dass, obgleich sie beide Seiten befallen, sie doch nie absolut symmetrisch sind, sie sind auf der einen Seite immer ein klein wenig anders ausgebildet, haben eine etwas andere Grenze, als auf der anderen Seite. Ausserdem haben sie stets jene ausgesäten kleinen Naevi, wie sie auch dies Kind zeigt. Wenn ferner an einer anderen Stelle etwas stärker und länger behaarte Regionen sich ausserdem noch finden, wie dies Kind ja auch noch eine solche Stelle oben zwischen den Schulterblättern hat, so sind diese auch nicht bilateral symmetrisch sitzend, sondern, wenn auch der Medianlinie nahe, dennoch mehr auf einer Seite. In den Fällen, wo eine solche Behaarung eine Spina bifida occulta verbirgt, ist sie gewöhnlich bilateral symmetrisch, genau in der Mittellinie und nach beiden Seiten gleichmässig verteilt. Besonders interessant ist bei dem Mädchen die Ausbildung der Pubes, die vollkommen derjenigen normaler Pubes entspricht; sowohl die Anordnung wie die Dichtigkeit der Haare unterscheidet sich von den eigentlichen Naevushaaren, und die Grenze nach oben bildet die nach unten convexe Hautfurche, welche die Haut des Beckengürtels von der des Bauches trennt, wie bei normalen Weibern. — R. Virchow: „Die Form von Naevus pilosus, wo ein Defect der Wirbelsäule unter einer solchen Stelle liegt, kann, glaube ich, nicht gerade in nahe Beziehung gebracht werden mit Veränderungen wie diese hier. Meiner Meinung nach handelt es sich da nicht etwa um einen Nerveneinfluss, durch welchen reflectorisch die Hypertrichosis angeregt wird, sondern um einen direkten Reiz der Haut gerade an der Stelle, welche der wohl umfangreiche Process der Spina bifida Bildung erfährt. Es bildet sich zweifellos irgend ein Reizungsvorgang an der Stelle aus, der auch die Haut nicht unbeteiligt lässt. Aber ich denke, dass es die Haut selber ist, welche in Thätigkeit gerät, und nicht etwa die Nerven, welche dahin gehen. Es giebt ja auch keine Verbreitung des Processes, welche auf Nerven deutet. Man wird also wohl zwischen solchen Fällen, wo ganze Abschnitte des Körpers afficiert sind, und einem Naevus sacralis oder lumbalis, bei dem mancher Zweifel über die Art der Reizung vorhanden ist, einen grossen Unterschied machen müssen.

---

229) **A. Kissel.** Ein Fall von angeborenem Herzfehler bei einem 6jähr. Mädchen.

(Djetskaja Medicina 1899 No. 2. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Pat. bot folgendes Bild; Leichte Cyanose der Lippen; Verdickung der Endphalangen der oberen Extremitäten, leichte Cyanose derselben, rechte Herzgrenze 2 cm nach rechts vom Sternum, die übrigen Herzgrenzen normal; an der Herzspitze ein deutliches systolisches Geräusch, das mit der Entfernung von der Herzspitze schwächer wird; der 2. Herzton überall abgeschwächt mit Ausnahme des 2. Pulmonaltons, der deutlich accentuiert erscheint (nach forcierten Bewegungen ist das systolische Herzgeräusch verstärkt; dasselbe lässt sich auch hinten am Rücken links abhorchen); Frémissement cataire; Spitzenstoss verbreitet auf den 4. und 5. Intercostalraum, befindet sich 2 cm nach innen von der linken Mamellarlinie. Das Kind ist immer gesund gewesen bis auf Keuchhusten und starke Bronchitis im 1. Jahre und mehrfache Attaquen von Malaria; ausser Herzklopfen und Atemnot bei schnellem Laufen sind seitens des Herzens keinerlei Erscheinungen manifest geworden.

K. fasst den Fall auf als Offenbleiben der Scheidewand der Herzventrikel.


Digitized by Google

230) C. Hochsinger. Ueber einen Fall von Cor bovinum congenitum ohne Herzgeräusche.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 33.)

Den im Wiener medicin. Club (12. IV. 99) demonstrierten Fall bezeichnet H. als Unicum.

Pat. ist ein in ärmlichen Verhältnissen aufgezogenes, künstlich genährtes, jetzt 3 Monate altes Kind, welches am normalen Schwangerschaftsende zur Welt kam und unmittelbar nach der Geburt der Hebeamme und Mutter zur Folge keine krankhaften Erscheinungen aufwies. Aber schon in den ersten Lebenstagen begann es auch für Laien sichtbar zu kränkeln, nämlich zu husten und in auffallender Weise kurzatmig zu werden. In der 3. Lebenswoche des Kindes fiel der Mutter zum 1. Male eine starke Vorwölbung der linken Brusthälfte auf. Doch erst im Alter von 11 Wochen wurde das Kind wegen der wachsenden Kurzatmigkeit, des intensiven Hustens und der zunehmenden Ausdehnung der linken Brusthälfte zu H. gebracht.

Auf den ersten Blick erkennt man an dem entblössten Kinde eine aussergewöhnliche Ausdehnung und Vorwölbung der linken Hälfte der vorderen Brustwand. Die Rippeninterstitien sind links verstrichen, auch der Rippenbogen steht links höher, die ganze linke Thoraxhälfte erscheint hochgradig erweitert (wie bei bedeutendem Empyem kleiner Kinder) und beteiligt sich nicht bei der Atmung. Abweichend aber von der empyematösen Beschaffenheit des kindlichen Thorax ist hier die obere Hälfte der Brust relativ mehr ausgedehnt, als die unteren Partien; die grösste Wölbung besteht im 2.—5. Intercostalraum. Unter der aufgelegten Hand fühlt man an der vorderen und seitlishen Brustwand linkerseits kräftige Herzpulsationen, doch ohne schwirrenden Charakter. Am kräftigsten sind dieselben zwischen 4. und 9. Rippe fühlbar. Die am meisten nach links und unten gelegene Stelle stark fühlbarer Pulsationen liegt zwischen 8. und 9. Rippe nahezu in der hinteren Axillarlinie. Die Perkussion zeigt vollkommenen Schenkelton abwärts von der 2. Rippe, und in der Supraclaviculargrube ist der Schall leiser und kürzer als rechterseits (comprimiertes Lungengewebe). Der absolute Schenkelton reicht nach rechts bis nahezu zur Mitte des Sternums und nach links bis nahe zur hinteren Axillarlinie. Die Auskultation ergiebt allenthalben reine Töne, welche nur in ihrem Accente nicht an allen Stellen gleich sind. Im 5.—8. Intercostalraum obwaltet der sogen. embryocardische Rhythmus, indem nämlich beide Herztöne ungefähr von gleicher Lautheit und Accentuation sind. Im 2. und 3. linken Intercostalraum am Sternalrande überwiegt der 2. Herzton bedeutend. Rechts vom Sternum hingegen, entsprechend dem Aortenursprung, sind beide Töne ungemein schwach und leise, der 1. Ton dumpf, der 2. sehr matt. Auch links hinten besteht von der Spina scapulae ab Dämpfung, sonst findet man Erscheinungen eines trockenen Katarrhs in beiden Lungen. Links vorne oben ist das Atmungsgeräusch von unbestimmtem Charakter und sehr schwach, auch links hinten allenthalben viel schwächer, als rechts. Der rechte Leberlappen überragt den Rippenbogen um 4 Querfinger, der Rand des linken Leberlappens steht genau in der Mitte zwischen Proc. xiphoides und Nabel. Milz 2 Querfinger unter dem Rippenbogen palpabel. Im Ruhestande zeigt das Kind nur geringe Cyanose, und zwar an den Lippen, bei Weinen und Schreien steigert sie sich jedoch beträchtlich und erscheint auch an den peripheren Hautpartien. Die Respirationsfrequenz schwankt im Ruhestande zwischen 64—70, bei jeglicher Erregung zwischen 90—100. Im Gegensatze zu den im weiten Umfange fühlbaren Herzpulsationen sind die Pulse in den peripheren Arterien kaum fühlbar, insbesondere der Radialpuls. Die Stimme des Pat. ist klanglos. Das Kind weist endlich eine Rachischisis sacralis auf.

Dass die erwähnte bedeutende Vorwölbung der linken Brusthälfte ausschliesslich auf Kosten einer exorbitanten Herzvergrösserung zu stellen ist, ergibt sich, abgesehen von allen sonstigen zwingenden Gründen, auch aus der Röntgenuntersuchung. Die Grenzen des ungewöhnlich scharf ausgeprägten Herzschattens sind nach oben die 2. Rippe; nach rechts hin reicht derselbe bis weit über die Mittellinie hinaus, nach links zu liegt das Herz der Brustwand gänzlich an, und der Zwerchfellstand mit der unteren Herzgrenze

Digitized by Google

befindet sich an der 10. Rippe. Das Herz erscheint in ungewöhnlich hochgradiger Weise quergelagert und in grossem Umfang auf dem Zwerchfell aufliegend. Die Länge des Herzschattens beträgt 10, die Breite 8 cm (normal 5 resp. 6 cm). Bei Berücksichtigung des Umstandes, dass, wie das Sciagramm lehrte, nahezu die ganze linke Brusthälfte von dem Cor bovinum ausgefüllt ist, muss man naturgemäss die Stimmschwäche des Pat. auf Compression des N. laryng. infer. beziehen.

Was nun die speziellere Diagnose anbelangt, so ist von vornherein ein Pericardialexsudat auszuschliessen, erstens wegen der über der ganzen linken Brusthälfte fühlbaren kräftigen Pulsation, dann wegen der homogenen Beschaffenheit des Herzschattens im Sciagramm, endlich ist die Dämpfungsfigur nicht die eines Pericardialergusses. Nur eine Vergrösserung des Herzens kann vorliegen. Nun hat zwar am Herzen eine Vergrösserung des Längs- und Breitendurchmessers stattgefunden, aber die Herzlänge hat relativ viel mehr zugenommen, als die Herzbreite, sodass man den linken Ventrikel als beteiligter an der Vergrösserung erachten muss, als den rechten. Dafür spricht auch die bedeutende Ausdehnung der Herzdämpfung, des Herzschattens nach links hin. Aus der klinischen Untersuchung wiederum geht ein Ueberwiegen der Dilatation gegenüber der Hypertrophie hervor; obwohl nämlich die Herzpulsationen in weitem Umfang an der vorderen und seitlichen Brustwand zu fühlen sind, sind dieselben dennoch bei weitem nicht so hebend, wie es der Fall sein musste, wenn dieses Cor bovinum ein excessiv hypertrophisches wäre.

Handelt es sich nun um ein angeborenes oder erworbenes Herzleiden? Ein erworbenes ist gänzlich auszuschliessen.

1. Eine primäre idiopathische Herzhypertrophie ohne wirklichen Herzfehler anzunehmen, ist angesichts der enormen Dilatation des Herzens und aller Nebenumstände vollkommen unmöglich. Ebenso ist es auszuschliessen, dass, falls ein erworbener Herzfehler vorhanden wäre, ein solch mächtiges Cor bovinum sich in den wenigen Wochen extrauterinen Lebens hätte entwickeln können.

2. Ein extrauterin erworbener Herzfehler, welcher zu einer so excessiven Vergrösserung bei einem Kinde solch zarten Alters geführt hat, müsste von Geräuschphänomenen begleitet sein. Umgekehrt wissen wir aber gerade von angeborenen Herzfehlern, dass sie auch ganz ohne Geräusche verlaufen.

3. Spricht die ganze Anamnese für congenitales Vitium.

4. Finden wir noch eine sacrale Rachischisis, und wissen, dass angeborene Herzfehler sich gern mit anderen Missbildungen combinieren, sodass dies zur Unterstützung der Diagnose dienen kann.

Welcher Art aber ist der Herzfehler? Da Herzgeräusche hier fehlen, kann man zur Diagnosenstellung nur heranziehen die Dilatation und Hypertrophie des Herzens, die Verstärkung des 2. Pulmonaltones und die Abschwächung der Aortentöne in Verbindung mit der mangelhaften Füllung des Arteriensystems. Durch die Annahme einer angeborenen Stenose des Ostiums der Aorta kann dies Symtomenbild erklärt werden, aber nur unter der Voraussetzung, dass das Septum ventriculorum in ausgedehntem Masse defect ist; und so lautet auch H.'s Diagnose. Von dieser kann nicht abhalten der Mangel eines systolischen Herz-

Digitized by Google

geräusches über der Ursprungsstelle der Aorta, da eine grosse Anzahl von Fällen bekannt ist, wo diese Geräusche gefehlt haben. Merkwürdigerweise bestanden aber in allen diesen Fällen nebenbei noch intracardiale Communikationen zwischen den beiden Herzkammern. Man kann sich das Fehlen von Herzgeräuschen in derartigen Fällen mühelos in der Weise zurechtlegen, dass bei Combination von Ostiumstenose mit Kammerseptumdefect der Blutstrom unter dem Drucke der jeweiligen Herzsystole nach jenem Orte abgelenkt wird, woselbst er die geringsten Hindernisse findet, also durch die Septumlücke nach der anderen Herzhälfte hinstreicht und nur in geringem Masse durch das stenosierte Ostium hindurchgeht. Die geringe Blutmenge, welche sohin in das betreffende, an seinem Ostium stenosierte Arterienrohr hineingeschickt wird, vermag dann nicht mehr die zur Geräuschbildung notwendigen Wirbelbewegungen an der stenosierten Stelle hervorzubringen. Nun könnte man denken, dass gerade Defecte der Kammerscheidewand zu intracardialen Blutwirbeln bei jeder Herzsystole Veranlassung bieten müssten, deren acustischer Effect wieder Geräusche wären. Diese Regel erleidet aber viele Ausnahmen. Auf der einen Seite können kleine Defecte mit sehr lauten Geräuschen und grosse ohne pathologische Tonphänomene einhergehen, auf der anderen findet man nicht selten grosse Lücken mit lauten Geräuschen, kleine mit normalen Herztönen. H. ist der Erste gewesen, der eine annehmbare Erklärung für alle diese Verhältnisse gab, indem er daran erinnerte, dass die Kammerscheidewand ein muskulöses Gebilde ist, welche sich genau so wie die Ventrikelwände bei jeder Systole verkürzt, bei jeder Diastole verlängert. Man kann sich nun sehr gut vorstellen, dass kleine, im Centrum der Kammerscheidewand gelegene, nicht schwielig umrandete Lücken während der Systole durch die Contraction des fleischigen Septums vollkommen oder doch wenigstens soweit verschlossen werden können, dass keine nennenswerte Durchströmung von Blut durch diese Lücke hindurch stattfindet. Ist aber die Communikation der Ventrikel während der Systole unterbrochen, dann kann natürlich auch von Blutwirbeln und Geräuschen keine Rede sein. Sind dagegen die Ränder der Lücke excentrisch und im membranösen Teil des Kammerseptums gelegen oder durch endocarditische Veränderungen starr und unbeweglich geworden, dann wird, auch wenn die Lücke nur klein ist, wahrscheinlich eine solche Verschliessung während der Systole nicht möglich sein, es kommt dann zu Geräuschen. Umgekehrt bietet auch das Fehlen von Herzgeräuschen bei totalen Septumdefecten nichts Unverständliches. Das Herz bildet dann eben nur eine Höhle, in der keine Gelegenheit zur Geräuschbildung geboten wird, da ja keine Wirbelströmungen hier möglich sind.

Als angeborene Stenose der Aorta in ihrem Ursprung combiniert mit totalem oder nahezu totalem Defect des Septum ventriculorum lässt sich daher obiger Fall sehr gut deuten: Am Aortenostium entstehen keine Geräusche, weil bei jeder Kammersystole durch den weiten Septumdefect die Hauptmasse des Blutes aus dem linken Ventrikel nach rechts hin abgelenkt wird, das verengte Aortenostium somit nur von einer minimalen Blutmenge bespült wird, welche nicht ausreichend ist, um die zur Geräuschbildung notwendigen Wirbel zu erzeugen. Die Aortentöne sind ungemein leise,

Digitized by Google

weil eben nur eine geringe Blutmenge bei jeder Kammersystole in die Aorta hineingelangt; deshalb sind auch die Arterienpulse so klein. Den leisen Aortentönen gegenüber hört man sehr laute Pulmonaltöne, wobei noch der 2. mit einer besonderen Accentuierung ausgestattet ist. Es verdient, in diagnostischer Hinsicht hervorgehoben zu werden, dass bei Kindern der ersten 2 Lebensjahre eine Verstärkung des 2. Pulmonaltones eine viel grössere semiotische Wichtigkeit besitzt, als später, weil, wie H. zuerst zeigte, normalerweise am Pulmonalostium kleiner Kinder der Hauptaccent auf dem systolischen Tone liegt und der 2. Ton unter normalen Verhältnissen ohne besonderen Accent abklingt. Findet man also bei Säuglingen den 2. Pulmonalton an Accentuation den 1. bedeutend überwiegend, dann muss eine besondere Ueberlastung des Lungenkreislaufes bestehen. Dieselbe ist in obigem Falle darin gelegen, dass sich eine ungewöhnlich grosse Blutmasse, nämlich die normale des rechten Herzens und die vom Aortenostium abgelenkte des linken Ventrikels bei jeder Kammersystole durch das Pulmonalostium ergiessen muss, somit bei jeder Kammersystole eine der Norm gegenüber verdoppelte Blutsäule auf die Semilunarklappen der Pulmonalis zurückfällt.

Ob im demonstrierten Falle der Botalli'sche Gang offen oder geschlossen ist, lässt sich nicht entscheiden. Wohl fehlen Geräusche und eine fühlbare Pulsation im Jugulum, allein unter der Annahme einer sehr mangelhaften Füllung der Aorta könnte es nicht befremden, wenn diese beiden Symptome fehlen. Diese Erscheinungen kommen ja wesentlich durch das Aufeinandertreffen der beiden gleichsinnigen Blutströme von Seiten der Aorta und Pulmonalis im Botallischen Gange zustande. Da in obigem Falle der Aortenblutstrom wegen seiner geringen Intensität keinen wesentlichen Einfluss auszuüben imstande ist, so wäre das Fehlen der genannten Symptome nicht beweisend. Doch spricht ein anderes Moment gegen Offensein dieses Ductus Botalli, nämlich die mangelhafte Blutfüllung des Arteriensystems. Wenn der Gang offen wäre, müsste letzteres viel beträchtlichere Füllung aufweisen, weil die Aorta dann von dem überfüllten rechten Ventrikel aus gespeist werden müsste und somit einen nicht unbedeutenden Zuwachs von der Pulmonalarterie her durch den offenen Ductus bekommen müsste.

Ebenso wie angeborene Aortenstenosen können übrigens auch angeborene Pulmonalstenosen ohne Geräusche einhergehen, falls dieselben mit Defecten der Kammerscheidewand verknüpft sind. Gegen diese Diagnose spricht aber hier vor Allem das Fehlen von bedeutender Stauung im Körpervenensystem, dann die Verstärkung des 2. Pulmonaltones und der Mangel einer stärkeren Cyanose im Ruhezustand des Kindes.

---

231) **Hauser.** Ueber scheinbare idiopathische Herzvergrösserung bei Kindern.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 27.)

H. hielt in der Berliner medic. Gesellschaft (3. V. 99) über das Thema einen Vortrag, in welchem er zunächst hervorhob, dass er bei der Untersuchung eines grösseren Kindermaterials auf

Digitized by Google

das Vorhandensein von Volumsveränderungen, die sich unabhängig von den seit Alters her bekannten Ursachen als Klappenfehler, Nieren- und Lungenaffectionen, Gefässanomalien entwickeln und die sich auch bei Kindern nicht allzu selten nachweisen lassen, dass er da einer Anzahl von Fällen begegnet ist, welche nicht nur die klinischen Erscheinungen einer Störung der Herzthätigkeit darboten, sondern auch den sehr auffälligen und zunächst nicht recht erklärlichen Befund einer mitunter beträchtlichen Vergrösserung der Herzdämpfung. Freilich galt es, vorerst festzustellen, ob das durch wiederholte und sorgfältige Perkussion gewonnene Bild der Herzfigur nicht doch vielleicht trügerisch, auf die Mangelhaftigkeit der physikalischen Untersuchung oder deren subjective Auslegung zurückzuführen war. Ganz abgesehen davon, dass die Perkussion des Herzens beim Kinde besonders zart und vorsichtig ausgeübt werden muss, will man nicht bei der Elasticität des Thorax die Lunge in der ganzen Umgebung des Herzens zum Mitschwingen bringen oder umgekehrt, bei der Dünnheit der vorderen Lungenränder, die von ihnen überlagerten tieferen Herzteile in verschiedener Ausdehnung mitperkutieren, giebt die percussorische Bestimmung der Herzgrösse besonders bei Kindern der früheren Altersperioden aus dem Grunde leichter wie bei Erwachsenen irrtümliche Ergebnisse, weil bei dem Geschrei, den Pressbewegungen, dem Anhalten des Atems, bei der allgemeinen Körperunruhe das Herz von den Lungen bald mehr, bald weniger bedeckt ist, bald in grösserer, bald in geringerer Ausdehnung der Brustwand anliegt und auch durch den wechselnden Zwerchfellsstand in seiner normalen Durchschnittslage zu verschiedenartig beeinflusst wird. Die Bestimmung der relativen Herzdämpfung ist ja bei ganz kleinen Kindern ganz gut möglich, mit zunehmendem Alter aber wird sie immer schwieriger, sodass man besser thut, sich mit der Perkussion der absoluten Dämpfung zu begnügen. Unter besonderen Umständen stösst aber auch das auf ähnliche Schwierigkeiten, wie bei Erwachsenen, z. B. aus einer emphysematösen Lungenüberlagerung, Schrumpfung benachbarter Lungenteile durch interstitielle Pneumonie, Retraction pleuritischer Schwarten u. s. w. Davon konnte sich H. ganz eclatant bei einem früher der Gesellschaft demonstrierten Falle überzeugen, in dem nicht nur ihm, sondern 2 der berufensten Diagnostiker die Erkennung einer ganz enormen Herzdilatation und -hypertrophie unmöglich gewesen war, da in vivo eine acute, im Verlaufe schwerer Pertussis entstandene Lungenblähung die Figur der absoluten Herzdämpfung innerhalb der normalen Grenzen erscheinen liess. Röntgen's Entdeckung leistete hier Vortreffliches, und auch bei der Untersuchung jener erwähnten Fälle (meist Prof. Grunmach) von anscheinend idiopathischer Herzvergrösserung vermittelst Durchstrahlung von vorn und hinten und Actinographie zeigte es sich, dass auch eine sorgfältige und wiederholte physikalische Untersuchung diagnostische Irrtümer aufkommen lassen kann, welche ebenso für die Prognose verhängnisvoll werden können, wie sie die Therapie in ganz falsche Bahnen lenken mussten.

H. führt einige charakteristische Beispiele an:

Digitized by Google

12jähr. Mädchen, bei dem der Hausarzt gelegentlich einer Allgemeinuntersuchung wegen Schwäche, blassen Aussehens, leichter Ermüdbarkeit und auch Herzklopfens und Atemnot bei grösserer Anstrengung neben den Symptomen der Anämie auch eine Herzerweiterung festgestellt hatte, die er auf Ueberanstrengung spez. beim Radfahren und Steigen in bergiger Gegend bezogen. Bei der Untersuchung konnte auch H. eine scheinbare Vergrösserung des Herzens (die absolute Dämpfung überragte nach beiden Seiten um 1 Fingerbreite die Norm) nur bestätigen; daneben bestanden anämische Beschaffenheit von Haut und Schleimhäuten, Nonnensausen, sowie ein leichtes, wohl anämisches Geräusch an der Herzbasis, aber zur Zeit keine subjektiven Klagen. Jedoch fiel ferner schon bei der Perkussion der Thorax spez. rechts ein abnorm hoher Stand des Zwerchfells auf; die Leberdämpfung begann am unteren Rande der 5. Rippe. Das Abdomen erschien im Ganzen etwas voluminös und aufgetrieben. Die Durchstrahlung zeigte ganz abnorm hohen Stand des Zwerchfells beiderseits, sowie äusserst geringe Excursionsbreite desselben; das Herz erschien infolge von Hochdrängung und Querlagerung im Ganzen stark vergrössert, die Aorta verkürzt und erweitert, das Herz zeigte sich jedoch bei tiefstem Zwerchfellsstande kaum grösser wie normal.

13¾ Jahre altes Mädchen, noch nicht menstruiert, seit 1 Jahr rapid gewachsen, verspürt seit derselben Zeit schon bei geringer Körpenanstrengung, wie längerem Gehen auf flacher Erde, noch mehr beim Treppensteigen und Turnen Herzklopfen und Atemnot; dabei leidet sie öfter an Migräne, Schwindel und Ohnmachtsanfällen und fühlt sich dauernd matt, auch hat sie nach dem Essen öfters eigenartige Sensationen in der Herzgegend. Herzdämpfung nach links um fast Fingersbreite vergrössert, Puls regelmässig, anämische Geräusche über den Halsvenen; obere Lebergrenze rechts im 5. Intercostalraum. Bei der Durchstrahlung hellen sich während der Inspiration die Lungen stark auf; das Herz zeigt normale Grösse; das Zwerchfell steht auffallenderweise rechts um einen ganzen Intercostalraum höher wie links, auch macht die rechte Zwerchfellshälfte bei tiefen Inspirationen geringere Excursionen, wie die linke.

9¾jähr. Mädchen kommt mit den subjektiven Klagen und den objektiven Zeichen ziemlich hochgradiger Anämie, Luftmangel selbst im Ruhezustande, japsender Atmung und anfallsweisem Herzklopfen, Spitzenstoss im 4. Intercostalraum innerhalb der Mamillarlinie, dieselbe etwas überragend, Herzdämpfung beginnt am oberen Rand der 3. Rippe und reicht bis zum rechten Sternalrande, Töne rein; oberer Leberrand in der Mamillarlinie am oberen Rand der 5. Rippe, unterer Leberrand eine Rippe höher wie normal. Abdomen besonders im Epigastrium stark aufgetrieben, der hohe tympanitische Schall reicht in der Axillarlinie bis zur 4. Rippe hinauf. Bei Durchstrahlung fällt eine hochgradige Auftreibung des Fundus ventriculi auf, der Art, dass die Leber ganz nach rechts so zusammengedrängt erscheint, dass sie mit dem linken Lappen die Wirbelsäule nicht nach links überschreitet. Dabei abnormer Hochstand und geringe Excursionsbreite des Zwerchfells; infolge deren eine auffallend ausgeprägte, scheinbare Vergrösserung des Herzens, besonders nach der rechten Thoraxhälfte hin.

Aehnliche Befunde ergaben sich auch bei Knaben.

---

232) **Hauser.** Ein Fall von Stenocardia cordis beim Kinde.
(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 28.)

Vor 2 Jahren demonstrierte H. einen Fall von Cor bovinum (idiopathicum) bei einem Säugling, ein in seiner Art einziges Herzpräparat. Es handelte sich um eine ganz enorme Dilatation und Hypertrophie des ganzen Herzens, bei deren Entwickelung die im Verlaufe einer sehr schweren und langwährenden Keuchhustenerkrankung von dem Herzen erforderte Mehrarbeit und die mit den Anfällen verbundenen schweren Circulationsstörungen concurrierend zusammengewirkt hatten.

Jetzt zeigte H. im Vereine für innere Medicin (5. VI. 99) ein ähnliches Präparat, das wieder geeignet ist, hohes Interesse zu erregen, indem auch hier die Ursachen der sehr beträcht-

Digitized by Google

lichen Herzvergrösserung nicht die von alters bekannten waren und dem Falle eine gewisse principielle Bedeutung für die Aetiologie der Herzmuskelveränderungen im frühen Kindesalter zukommt.

Klinische Beobachtung:

Das Herz entstammt dem 14 Monate alt verstorbenen Kinde eines Offiziers. Dasselbe war das 4. Kind ganz gesunder Eltern, nach keiner Richtung hin hereditär ungünstig belastet. Auch die Geschwister sind gesund. Die Geburt verlief ganz normal und rasch; der Hausarzt erklärte das 7 Pfund wiegende Kind für ausgetragen, gut entwickelt und ernährt. Jedoch fiel Arzt und Angehörigen sofort auf, dass das Kind von Geburt an eigentümlich heiser und kraftlos schrie, auch in der späteren Zeit nur selten und nie mit heller, kräftiger Stimme sich meldete; es wollte, nach Aussage der Eltern, wohl schreien, konnte es aber nicht und schnappte dabei eigentümlich nach Luft. Mit 4 Tagen stellte sich ein Icterus ein, der unter Begleitung mässiger dyspeptischer Störungen 14 Tage andauerte und dann allmählig schwand. Das Kind nahm $^1/_4$ Jahr die Ammenbrust, dann die Flasche, und gedieh dabei ganz gut. Solange es die Brust nahm, trank es ungeschickt, liess oft los, machte Pausen, sodass es den Eindruck machte, dass es das Saugen anstrengte und Atemnot verursachte. Mit 4 Monaten (Anfang Juni 1896) erkrankte Pat. dann an einem Katarrh, der 4 Wochen lang acut war und erst in der Folge langsam heilte, und in dessen Verlauf grosse Dyspnoë, sowie lautes Röcheln und Keuchen, mit dem wenigen Husten und geringem Fieber contrastierte. Diese damals bemerkte, wahrscheinlich aber schon lange bestehende Dyspnoë verlor sich in der Folge nicht mehr. Auch entwickelte sich das Kind von da ab nicht weiter, indem es sehr blass blieb, sehr spät sitzen, gar nicht stehen und gehen lernte. Es lag meist still in seinem Bett, bewegte die Arme, strampelte aber nie so lebhaft wie andere Kinder, machte alle Bewegungen langsam und kraftlos; es verlangte nie aufgenommen zu werden, ereiferte sich nie und schrie nicht, wenn die Stunde der Mahlzeit kam, machte nie Versuche, die Flasche zu halten, war stets ruhig und geduldig.

Als H. im Januar 1897 gerufen wurde, fiel ihm zunächst die hochgradige Dyspnoë auf, sodass der Verdacht auf weitverbreitete bronchopneumonische Herde erweckt wurde. Jedoch vermochten wiederholte Untersuchungen nie solche zu entdecken; andererseits waren die vorhandenen rhachitischen Thoraxveränderungen und die bestehende Anämie auch nicht so hochgradig, um die keuchende, mühsame und beschleunigte Respiration zu erklären.

Mit geringen Schwankungen zum Besseren hielt der Zustand an; diätetisch-roborierende Maassnahmen blieben erfolglos. Am 7. IV. 97 erfolgte ziemlich plötzlich in leidlichem Wohlbefinden der Tod; demselben war nur 2 Stunden vorher eine starke tympanitische Auftreibung des Abdomens, sodann rasch zunehmende Schwäche, Stöhnen, Röcheln und leichte Cyanose vorausgegangen.

Das Einzige, was zu Lebzeiten auf den durch die Section (s. unten) festgestellten Sitz des ursächlichen Leidens hingewiesen hatte, war eine Dämpfung in der Herzgegend, welche etwa dem Bilde eines pericarditischen Exsudates entsprach, bei dem Fehlen aller sonstigen Zeichen wie Reiben, Verschwinden des Spitzenstosses, aber auch auf einen das Herz verdrängenden Mediastinaltumor bezogen werden konnte. Dem würde auch das eigentümliche, schwache, heisere Schreien und Husten des Kindes entsprochen haben, das an eine Kehlkopflähmung denken liess. Für die Annahme einer beträchtlichen Vergrösserung des Herzens selber fehlte jegliches ätiologisches Moment. Die Herztöne waren stets schwach, aber ganz rein, der Puls regelmässig und von mittlerer Qualität, zeitweise etwas schwach. Bei anhaltenderem Husten und Schreien war das Kind in den letzten Lebenswochen apnoisch und cyanotisch geworden und in einen eigentümlich starren, kataleptischen Zustand geraten.

Die Section ergab nun neben starker Auftreibung des Abdomens, geringem Transsudat im Peritonealsack und Pericard, kleinen ate-

Digitized by Google

lectatischen und bronchopneumonischen Herden in beiden Lungen, Zeichen von Asphyxie des Larynx, Stauung an Bronchialschleimhaut, Nieren, Leber, normaler Thymus und Thyreoidea: eine ganz auffallende Vergrösserung des Herzens, das fast doppelt so gross war, als die Faust des Kindes. Dabei zeigten sich weder an den Ostien und Klappen, noch an den Septen, dem Abgang der Gefässe und ihrem weiteren Verlauf, ebenso nicht an den Coronararterien, an den Nieren oder Lungen irgendwo Veränderungen, die es erklärlich machten, dass es zu einer so enormen Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel und Vorhöfe kam. Dasjenige Moment, welches eine Deutung dieses Befundes ermöglichte, war eine starke Verdickung des Endocards im linken Ventrikel, welche, ohne die Bicuspidalklappe irgendwie mitzubetreffen, in grosser Ausdehnung und gewissermaassen ringförmig um die ganze Höhle des linken Ventrikels herumzog und tief bis in die Spitze hinabstieg. Dabei erkannte man deutlich, dass der von diesem verdickten Endocard vorzugsweise bedeckte Teil des linken Ventrikels vor dem Abgang der Aorta, deren Klappen freilassend, eine gewisse Stenosierung zeigte. Aehnlich, aber weniger stark ausgebildet, zeigte sich eine solche Verdickung des Endocards und auch eine gewisse ringförmige Verengerung im rechten Ventrikel. Die Zeichen der Dilatation des Ventrikels, spitz ausgezogene Papillarmuskeln und dünne, platte Trabekeln, fanden sich erst ober- resp. unterhalb dieses stenosierten Ventrikelabschnitts.

Da alle anderen möglichen Ursachen für Herzhypertrophie auszuschliessen waren, auch an Myombildung nicht zu denken war, wird man wohl die seltene Stenocardia cordis vor sich haben (auch Virchow's Ansicht), obwohl das Herz nicht die typische ringförmige Stenosierung aufweist, wie man sie sonst hierbei findet; es ist aber wohl möglich, dass es bei dem jugendlichen Alter, in dem das Kind verstarb, eben noch nicht zu einer stärkeren narbigen Schrumpfung des Endocards und des angrenzenden Myocards kommen konnte. Gegen die Annahme, dass es sich lediglich um diejenige Verdickung des Endocards handle, welche man so häufig gerade bei Kindern als Folgeerscheinung des obwaltenden Druckes bei Dilatation und Hypertrophie findet, spricht ihre Gestalt und Ausdehnung.

Auffällig bleibt immerhin, dass der diesen Veränderungen offenbar zu Grunde liegende endocarditische Process, dessen Ursprung man wohl bei dem Kinde in die Fötalperiode verlegen muss, sich speziell links entwickelt hat, während er sich sonst gewöhnlich an dem stärker in Anspruch genommenen rechten Herzen einzustellen pflegt. Jedoch kommen nicht nur endocarditische Erkrankungen beider Herzhälften im fötalen Leben vor, sondern auch isolierte linksseitige Endocarditis ist mehrfach beschrieben, freilich noch nie in Form der Stenocardie.

11½jähr. Knabe, soll von Geburt an normal gewesen sein, die ersten Tage sich gut entwickelt haben. Im Anschluss an eine im 4. Jahre durchgemachte schwere, ruhrartige Darmerkrankung wurde eine starke und ständige Pulsirregularität beobachtet. Pat., ein ungewöhnlich grosser und kräftig entwickelter Junge, hat nie, auch beim Reiten und Schwimmen nicht, Zeichen von Herzinsufficienz dargeboten. Sein guter, voller, normal frequenter Puls weist eine starke Irregularität auf, die von verschiedenen Untersuchern constatiert, nur bei starkem Fieber vorübergehend geschwunden sein soll; die Herzdämpfungsfigur zeigt eine

Digitized by Google

starke Verbreitung nach beiden Seiten; Zwerchfellsstand rechts vorn in der Mamillarlinie: unterer Rand der 4. Rippe; Abdomen etwas aufgetrieben, Magen sehr gross. Pat. soll starker Esser sein und an Obstipation leiden. Bei Durchstrahlung fand sich ein abnorm hochstehendes Zwerchfell, neben geringer Excursionsbreite desselben scheinbar starke Vergrösserung des Herzens; die Herzspitze steht bei tiefer Inspiration im 4. Intercostalraum, bei gewöhnlicher Einatmung noch höher. Die Lungen hellen sich bei der Inspiration im Querdurchmesser stark auf, dagegen verhältnismässig wenig in den unteren Teilen; es spricht dies für gute Action der Mm. intercostales, welche die verminderte Leistungsfähigkeit des Zwerchfells ausgleicht; daher keine subjective oder objective Dyspnoë.

Erscheint es auf den ersten Blick nicht gerade wahrscheinlich, dass dieser Befund die seit $6\frac{1}{2}$ Jahren bestehende Pulsirregularität erklärt, so spricht die weitere Beobachtung doch sehr für diese Annahme. Nachdem durch ein Laxans reichliche Darmentleerung erzielt waren und am Tage darauf nur ein ganz kleines Frühstück genehmigt wurde, fand sich (und zwar nach 20 Stunden!) ein ganz regelmässiger Puls von 72, und der Stand der oberen Lebergrenze war eine volle Rippenbreite tiefer. Also sehr wohl möglich, dass die Pulsirregularität nur transitorisch bestand und zurückzuführen war auf Ueberfüllung des Magendarmtractus, neben Genuss von Kaffee und dgl.

In diesen und ähnlichen Fällen hatte man es also zu thun mit Kindern beiderlei Geschlechts, im Alter von 9—14 Jahren, denen meist subjective, stets objective Erscheinungen einer Störung von Seiten des Herzens gemeinsam waren. Die Kinder waren, mit einer Ausnahme, anämisch, z. T. muskelschwach, und klagten über allgemeine Schwäche und Mattigkeit, Atemnot und Herzklopfen, besonders bei Körperanstrengung, Kopfschmerz, Schwindel, selbst Ohnmachtsanwandlungen und unangenehme Empfindungen am Herzen. Die naheliegende Annahme, dass alle diese Symptome auf Anämie, rasches Wachstum, die Pubertätsperiode u. dgl. zu beziehen, functioneller Art seien, wurde widerlegt durch den Befund einer durchweg beträchtlichen Vergrösserung der Herzdämpfungsfigur, von der auf eine Dilatation beider Herzhälften geschlossen werden musste. Diese Herzvergrösserung erwies sich aber bei der Untersuchung vermittelst Röntgenstrahlen nur als eine scheinbare; denn ein meist doppelseitiger, hie und da mehr einseitig hoher, ganz abnorm hoher Zwerchfellstand hatte zur Folge gehabt, dass das Herz stark, bald mehr nach der einen, bald mehr nach der anderen Seite in die Höhe gedrängt, quer gelagert, in viel breiterer Ausdehnung der vorderen Brustwand anlag, wie normal. Es handelte sich nicht um acute, vorübergehende Lageveränderungen des Herzens, sondern um andauernde Herzverlagerung, örtliche und allgemeine Störungen der Herzfunction, die H. viele Wochen, selbst Monate hindurch dauernd feststellte.

Der Wert der Röntgen-Aufnahme des Herzens und der Beobachtung seiner Gestaltveränderung bei der Atmung, besonders bei tiefster Inspiration und Exspiration, liegt aber nicht allein in der Richtung begründet, dass die Röntgenphotographie uns über den irrtümlichen Befund der perkussorischen Diagnostik aufklärt, vielmehr machte sie auch sehr wohl verständlich, warum die Pat. an subjectiven und objectiven Zeichen einer Störung der Herzthätigkeit litten. Wenn man an die täglich zu machende Beobachtung denkt, dass schon eine sehr voluminöse, stark blähende Mahlzeit, eine Auftreibung des Darms mit Gasen oder retinierten Sedes durch Beeinträchtigung der Zwerchfellsaktion, durch

Digitized by Google

Hinaufdrängen und Querlagerung des Herzens die Empfindungen von Beklemmung, Dyspnoë, Herzklopfen selbst bei gesunden, muskelkräftigen Erwachsenen hervorzurufen vermag, so versteht man wohl, dass ein solcher chronisch gewordener Zustand dauernde Symptome dieser Art zu machen imstande ist. Abgesehen von der Verlagerung des Herzens müsste auch hier die mangelhafte Action des Zwerchfells und der hie und da wenig kräftigen Intercostalmuskeln die Dyspnoë verstärken. Die Ursache der herabgesetzten Function des Zwerchfells wird man zu einem Teil in dem gesteigerten intraabdominellen Drucke, zu einem anderen in allgemeiner Schwäche des ganzen Muskelsystems als Folge von Anämie und mangelnder Uebung zu suchen haben.

Aber auch für die Behandlung solcher Zustände gibt die Röntgendiagnose die schätzbarste Richtschnur. Nicht wird man solche Kinder wie bei acuter Dilatation des Herzens mit Eiscompressen aufs Herz ins Bett legen, sondern ihnen vielmehr ein Regime vorschreiben, bei dem sie ihre Atemmuskulatur, spez. das Zwerchfell üben, zu kräftigerer Thätigkeit bringen, bei dem eine ungünstige Gegenwirkung von Seiten des Bauchinhaltes aufgehoben wird. Man wird ihnen häufige kleine Mahlzeiten anordnen unter strenger Vermeidung von kohlensäurehaltigen Getränken, blähenden Speisen; man wird für regelmässige Defäkation Sorge tragen; man wird durch systematische Atemgymnastik eine Vertiefung der Inspiration anzustreben suchen. Eine derartige Behandlung zeitigt, wie H. selbst sah, schöne Erfolge.

Ueber derartige Beobachtungen hat H. in der pädiatrischen Litteratur nichts gefunden; bei erwachsenen chlorotischen Mädchen gemachte ähnliche Erfahrungen publicierte 1897 Grunmach.

Ausser infolge solchen abnorm hohen Zwerchfellstandes kann nun aber auch aus anderen Ursachen, wie Insufficienz der Lungenfunction, Axendrehung des Herzens mit gleichzeitiger Senkung solche idiopatische Herzvergrösserung vorgetäuscht werden, wie folgende Fälle zeigen:

5jähr. Mädchen kommt wegen Mattigkeit, Nervosität und Appetitlosigkeit zum Arzt; sie soll schreckhaft sein, leicht in Schweiss geraten. Bei recht guter Allgemeinentwickelung bietet sie die Zeichen der Anämie, auffallend blassgelbe Farbe von Haut und Schleimhäuten, Nonnensausen. Die Herzdämpfung zeigt sich nach rechts bis zur Mitte des Sternums verbreitert, Herztöne rein, 2. Pulmonalton etwas verstärkt. 6 Monate später sind Petechien über den ganzen Körper aufgetreten, das Aussehen des Kindes ist recht elend, die Herzdämpfung erscheint nach beiden Richtungen um 1 Finger verbreitert; dabei findet sich der Spitzenstoss im 4. Intercostalraum; oberer Leberrand in der Mamillarlinie am oberen Rande der 5. Rippe; Herztöne rein. Die Durchstrahlung zeigte, dass die in der Hauptsache scheinbare Herzverbreiterung auf Insufficienz der Lungenfunction beruhte, da sich bei tiefer Inspiration die ganzen Lungen nicht so stark aufhellen, wie unter normalen Verhältnissen.

Es bestand also hier eine Complikation von einer geringen, effectiven Herzverbreitung wohl spez. des rechten Ventrikels infolge der Behinderung des Lungenkreislaufs, erhöhter Inanspruchnahme des rechten Herzens, und einer täuschenden, starken Verbreiterung der Herzdämpfungsfigur, die wohl dadurch zustande kam, dass die das Herz begrenzenden Lungenränder

Digitized by Google

nicht genügend entfaltet, mit Luft gefüllt wurden, und demnach die Perkussion einen grösseren Herzabschnitt mittelbar als schalldämpfenden Körper traf.

Noch complicierter lagen die Verhältnisse bei einem Knaben, der 5 Monate dauernd beobachtet wurde.

11jähr. Knabe hatte seit Jahren etwas Herzklopfen. seit einigen Wochen Husten mit Auswurf; gleich bei der 1. Untersuchung fand H. ausser geringfügigen Erscheinungen von Trachealkatarrh, einer grossen Rachenmandel und der Anämie eine Verbreiterung der Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrande, verstärkten 2. Pulmonalton bei regelmässigem, etwas frequentem Puls. In der Folge wurde die Herzdämpfungsfigur und der Herzchoc sogar um eines Fingers Breite den rechten Sternalrand überragend gefunden, auch bestand deutliche objektive Dyspnoë. Eine operative Entfernung der Rachenmandel hatte darauf keinen Einfluss; die Pulsfrequenz stieg auf 108, auch liess sich eine leichte Unregelmässigkeit des Pulses nachweisen. Die nun vorgenommene Röntgenaufnahme ergab einen eigentümlichen Befund: man sah das Herz mit seiner Spitze nach hinten und rechts gedreht, in seinen beiden Herzhälften etwas erweitert und im Ganzen etwas gesenkt; Zwerchfellsstand normal. In der Folge ging unter Bettruhe und Eiscompressen, sowie etwas Tinct. Strophanti die effektive geringe Herzvergrösserung zurück, und auch die perkussorisch gewonnene Dämpfungsfigur wurde allmählig normal. Eine Durchstrahlung 3 Monate später ergab normale Herzgrösse und -lage und eine um ein Geringes verminderte Excursionsbreite der rechten Partie des Diaphragmas.

Worauf hier die Verlagerung des Herzens zurückzuführen war, dürfte schwer zu sagen sein; wahrscheinlich handelte es sich auch hier um einen Zwang, der von benachbarten Organen, spez. den Lungen und dem Zwerchfell ausgeübt wurden, wenn sich auch an letzterem speziell keine gröbere Stellung und Excursionsbreite erkennen liess.

---

233) **W. Freund.** Ein Fall von Aplasie dreier Rippen.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.)

(Jahrb. f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 2/3.)

8jähr. Mädchen, aus gesunder Familie stammend, in der Missbildungen bisher nicht beobachtet wurden. Das am normalen Ende der Schwangerschaft spontan geborene, von Geburt an künstlich genährte Kind wird am 7. II. 96 in die Poliklinik gebracht, weil die Mutter bemerkte, dass eine Rippe auffallend heraussteht.

Status praesens: Blasses, mageres Kind mit schlaffen Bauchdecken und sichtbar vergrösserten Inguinaldrüsen. Am Thorax folgende Deformität: Rechterseits etwa in Höhe der Mammilla sieht man eine tiefe Rinne vom rechten Sternalrande circulär nach hinten bis zur Wirbelsäule verlaufen. Diese Rinne besitzt in der Mammillarlinie eine Breite von ca. 4 cm, in der mittleren Axillarlinie von ca. 5 cm, in der Scapularlinie von ca. 4 mm. Der Boden der Rinne hebt und senkt sich entsprechend den In- und Exspirationen. Die Rinne ist am tiefsten in der Axillargegend und wird nach vorn und hinten zu seichter. Durch die Palpation lässt sich feststellen, dass die Vertiefung verursacht ist durch das Fehlen der 4., 5. und 6. Rippe in der ganzen Ausdehnung vom Sternum bis zur Wirbelsäule. Der Tastbefund wird bestätigt durch die Röntgenphotographie.

Am 17. VIII. 98 wird das Kind wieder gebracht. Gleicher Befund.

Angeborene Rippendefecte sind vielfach beobachtet, stets aber handelte es sich nicht um völlige Aplasie der Rippen in ihrer ganzen Circumferenz, sondern um grössere oder kleinere Defecte in den vorderen Teilen. Derartige Missbildungen kommen nach der Ansicht der Einen (Froriep, Seitz) zu Stande durch intrauterinen Druck eines Armes, eines Uterustumors u. dgl., andere (Haeckel) erklären sie entwickelungsgeschichtlich nach Analogie der Fissura sterni als unterbliebene Beteiligung der betreffenden Rippen an der Bildung

Digitized by Google

des Brustbeins. Erstere Ansicht trifft wohl zu für einen Fall von Ritter u. Eppinger, wo es sich um einen durch Fehlen der knorpeligen Teile der 3., 4. und 5. Rippe bedingten Defect der linken Thoraxwand bei einem Neugeborenen handelte, bei dem die linke obere Extremität zu einem runden keilförmigen Stabe verbildet war und genau in den Defect der Thoraxwand hineinpasste.

Einem Fall von vollständigem Defect der 3. Rippe einer Seite beschrieb Thomson, ferner Lallemand. Jedenfalls ist also diese Anomalie, deren Entstehungsursache noch in Dunkel gehüllt ist, eine überaus seltene.

---

234) **v. Bardeleben.** Ein operierter Fall von beiderseits fehlendem Radius.

(Aus der Augusta-Krankenanstalt in Bochum.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 14.)

Ueber die Entstehung derartiger Defecte ganzer Knochen sind vielfache Hypothesen aufgestellt. Sie alle sind nicht imstande, volle Klarheit über die Störungen in der fötalen Entwickelung zu bringen. Auch heute steht man noch auf dem Standpunkte Herschel's, dass es sich um Hemmungsbildungen im Sinne der Archipterygialtheorie Gegenbauer's handelt, wenngleich sie für manche Missbildungen, wie die vorliegende, nicht genügt.

Gegenbauer nimmt an, dass das Skelett der vorderen Extremitäten der Wirbeltiere über den Fischen aus den Vorderflossen entsteht, und zwar aus einer Stammreihe und 4 Strahlen. Die Stammreihe besteht aus Humerus, Ulna, 2 Carpalstücken und den Phalangen des 5. Fingers, der 1. Strahl aus: Radius, Naviculare, Multangulum majus, Metacarpus und 2 Phalangen des Daumens.

Der 2. Strahl aus: Metacarpus und Phalangen des Zeigefingers,
„ 3. „ „ : „ „ „ „ Mittelfingers,
„ 4. „ „ : „ „ „ „ Ringfingers.

Wie ist danach die Existenz distaler Abschnitte speziell des 1. Strahles zu erklären? Nach Herschel durch Coalenz des Radius mit der Ulna. Dabei ist es jedenfalls auffällig, dass der Radius und die Ulna, welche für das menschliche Skelett annähernd gleichartig in ihrer Function erscheinen, phylogenetisch so verschieden wichtig sind.

Beim Sichten der Litteratur über diesen Gegenstand fand B. alles bisher Vorhandene sorgfältig zusammengestellt in einer Inaug.-Dissert. von Schubert (Leipzig 1895). In dieser werden 32 Fälle von Herschel aufgeführt, von denen sich nur 3 auf lebende Individuen beziehen, was damit zusammenhängt, dass meist anderweitige Missbildungen mit der hier in Frage stehenden gewöhnlich verbunden sind, welche das Individuum zu einem nicht lebensfähigen stempeln. Schubert führt 41 Fälle auf, von denen, wie er sagt, nur 3 Fälle die grosse Seltenheit von 5 wohlgebildeten Fingern neben totalem Defect des Radius aufweisen. Zu dieser Kategorie gehört der Fall B.'s.

Ein jetzt 3 Jahre 2 Monate altes Kind absolut gesunder und normal gebauter Eltern kam im Alter von 3 Wochen in Behandlung B.'s. Bei beiderseitig bestehender Klumphand war es leicht, den doppelseitigen totalen Radiusdefect zu

Digitized by Google

constatieren. 9 gesunde und normal gebaute Geschwister leben, das jüngste ist 3 Wochen alt.

Es wurde der Versuch gemacht, osteoplastisch eine Besserung des trostlosen Zustandes herbeizuführen. Am 14. VII. 94, als das Kind 9 Monate als war, wurde die Operation nach Bardenheuer ausgeführt, und zwar zunächst nur links. Nach ulnarem Längsschnitt am distalen Gelenkende der Ulna wurde nicht nur diese, sondern durch forcierte Luxation auch der Carpus freigelegt nach der medianen Seite zu. Sodann wurde durch Spaltung der Ulna in der Längsachse eine Gabel gebildet, in welche nun der Carpus (welcher durch seitliche Subluxationsstellung zweier Handwurzelknorpel die Manipulation erschwerte) hineingelegt wurde. Fixation der Gabelenden durch Seidensuturen, das Multangulum majus fehlte. Fixationsverband. Glatte Heilung. Die Hand steht jetzt in Gebrauchsstellung, etwas radialwärts, d. h. die radial gebildete Spange der Ulna ist kürzer als die andere. Die Hand ist im Handgelenk beweglich, sämtliche Finger können einzeln bewegt werden. Am 16. III. 97 Gabelung der Ulna rechts in gleicher Weise. Etwas gestörter Verlauf bei ebenfalls ambulanter Behandlung, trotzdem ebenso wie links nach 8 Wochen ohne Verband mit freier Beweglichkeit der Hand und der 5 Finger geheilt. Das Kind gebraucht meistenteils seine linke Hand; ob das an der frühzeitigen Operation dieser Seite liegt, oder ob es von Bedeutung ist, dass in der Familie 2 Fälle von Linkshändigkeit vorhanden sind, bleibt dahingestellt.

Jedenfalls ermuntert dieses Verfahren, welches auch auf anderem Gebiete (bei sonstigen Knochendefecten infolge von Traumen oder Necrosen) weitere Anwendung gefunden hat, zur Nachahmung. Inwieweit Nachoperationen, etwa Infractionen, noch erwünscht sind, hängt von der Krümmung der Ulna, sowohl vor wie nach der Operation ab. Wünschenswert aber ist, derartige operative Eingriffe früh (im 1. Lebensjahr) zu machen, weil dann die Muskulatur nicht atrophisch wird und (wenn auch das Wachstum bei congenitaler Defectbildung immer zurückbleibt) doch bei jedem Wachstum die durch das Fehlen des lateral die Hand schützenden Knochens fortschreitende Verkrümmung der Ulna und damit die seitliche Verschiebung der Hand sicher zunimmt.

Vor und nach der Operation wurde der Befund durch Röntgenstrahlen fixiert. Man sieht die starke seitliche Verschiebung der rechten Hand vor der Operation, sowie die linke Hand in der durch deutlich erkennbare Gabelung der Ulna gewonnenen Gebrauchsstellung. Die Mittelhandknochen verschwinden vollkommen, da sie noch knorpelig sind, auch sind weder für das Capitatum, noch Hamatum Knochenkerne ersichtlich, was nach Ablauf des 1. Lebensjahres nach Behrendsen und v. Ranke zu erwarten stände. Das Fehlen lässt vielleicht auf Rhachitis schliessen.

Das Resultat der beiderseitigen Osteoplastik bei dem dem Arbeiterstande angehörenden Kinde ist ein absolut zufriedenstellendes geworden, es hat 2 gebrauchsfähige Hände erhalten.

---

235) **W. Freund.** Ein Fall von Persistenz der Stirnfontanelle bei einem 9jährigen Mädchen.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.)

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1899 Bd. 49 Heft 2/3.)

Vater des Kindes lebt und ist gesund, die Mutter soll an Schwindsucht gestorben sein. Die Stiefmutter vermag über die ersten Lebensjahre der Pat. nur anzugeben, dass es ausgetragen und spontan geboren, 1/4 Jahr von der Mutter, einer grossen und starken Frau, gestillt und dann künstlich ernährt worden sei.

Digitized by Google

Als sie selbst das 2jähr. Kind übernahm, war es in der Entwickelung zurückgeblieben, konnte noch nicht laufen und hatte den Mund voll hohler Zahnstümpfe. Mit 3 Jahren machte es die ersten Gehversuche. Obgleich man sich viel mit ihm beschäftigte, beginnt es erst seit 1 Jahre einige Worte zu sprechen, versteht aber angeblich Alles. Wegen des erheblichen Zurückbleibens der körperlichen und geistigen Entwickelung bringt die Stiefmutter das Kind am 25. VII. 97.

Status praesens: Sehr kleines Kind von eigentümlichem Habitus. Gewicht 15 kg. Länge 84,5 cm. Kopfumfang 49,75 cm. Brustumfang 54 cm. Leibumfang (in Nabelhöhe) 58,5 cm. Fettpolster stark, Muskulatur mässig entwickelt. Der Kopf steckt in den Schultern, das Gesicht ist breit, platt, von blödem Ausdruck, der Mund breit, die Lippen wulstig, die Unterlippe hängt etwas herab; Nase stumpf, an der Wurzel eingesattelt; Stirn niedrig, das dunkle Kopfhaar kurz, gekräuselt. Körperbau gedrungen, breitschultrig, Brustkasten gut gewölbt, ohne Zeichen überstandener Rhachitis. Der grosse Bauch springt stark vor, dementsprechend wird die Lendenwirbelsäule beim Stehen ziemlich stark lordotisch, das Becken geneigt gehalten. Das Kind steht breitbeinig, die Füsse auswärts gerichtet. Extremitätenverkrümmungen fehlen. Schädel ausgesprochen brachycephal. Die grosse Fontanelle persistiert als eine flache rhombische Einsenkung von 2 cm Länge, 3 cm Breite. Die Zahnformel ist vollständig; von den Schneidezähnen (bereits 2. Dentition angehörig) nur noch cariöse Stümpfe vorhanden. An Thorax, Wirbelsäule, Extremitäten nichts Auffallendes, insbesondere keine rhachitichen Deformitäten. Bauch-, Brust- und Rachenorgane ohne pathologischen Befund. Die Schilddrüse ist wegen des ungemein kurzen, fetten Halses mit Sicherheit weder als fehlend, noch als vorhanden zu bezeichnen. Die Haut bietet ausser einem stark entwickelten Panniculus adiposus, der indessen nirgends circumscripte Fettwülste bildet. nichts Besonderes, ebenso Nervensystem und Sinnesorgane. Das Verhalten des Kindes in geistiger Beziehung entspricht dem eines Idioten mässigen Grades. Es spricht nur wenige Worte (Mama, Ja), erkennt indessen die Mutter, nimmt Anteil an der Umgebung, dem es bisweilen durch unarticulierte Laute Ausdruck verleiht, meldet sich vermittelst ähnlicher Laute zur Urin- und Stuhlentleerung, isst ungeschickt und unsauber (nur mit Löffel!). Es verfällt häufig ganz plötzlich in Stimmungswechsel. Genitalien dem Alter entsprechend normal ausgebildet.

Pat. wird 4 Wochen mit Thyreoideatabletten behandelt, ohne dass sich der Befund irgendwie änderte.

Nach $^1/_2$ Jahr stellt es die Stiefmutter wieder vor und giebt an, dass die Intelligenz sich etwas gebessert, der Wortschatz um einige Worte zugenommen habe. Der körperliche Befund ist unverändert, desgleichen die Fontanelle.

Einen verzögerten Fontanellenschluss findet man hauptsächlich in schweren Fällen von Rhachitis. Eine solche lag hier aber nicht vor, da sonstige Anzeichen dafür durchaus fehlten, und bei Rhachitis selbst schwerster Art über das 6. Lebensjahr hinaus die Anomalie nicht mehr zu bestehen pflegt. Auch die von Hochsinger discutierte Möglichkeit, dass gerade um die Zeit des bevorstehenden Fontanellenschlusses eine pathologische Inhaltsvermehrung und Drucksteigerung im Bereiche der Schädelkapsel sich geltend machen kann, welche rein mechanisch das Zuwachsen der Fontanellenlücke verhindert, ist, wie sich aus dem Gesamt-Status ergiebt, für obigen Fall von der Hand zu weisen. Ein Offenbleiben der Fontanelle selbst bis in späte Lebensjahre ist ferner beobachtet als ein zufälliges Vorkommnis bei sonst ungestörter körperlicher und geistiger Entwickelung. F. glaubt nicht, dass im obigen Falle das Offenbleiben ein zufälliges ist, vielmehr sucht er Analogien zu jenem Befunde in Folgendem: die Persistenz der Stirnfontanelle findet sich als nahezu regelmässiger Begleiter der sonstigen Entwickelungsstörung in den beschriebenen Fällen von congenitalem Myxödem, auch bei endemischem Cretinismus. Wie bei diesen Zuständen, so ist auch in obigem Falle jene Schädelanomalie als Teilerscheinung einer schweren allgemeinen körper-

Digitized by Google

lichen und geistigen Entwickelungshemmung aufzufassen. Das 9jähr. Mädchen zeigte in seinem Gesamthabitus ausserordentliche Aehnlichkeit mit den beschriebenen Fällen von Myxödem, ohne aber zu diesem Krankheitsbilde zugehörig zu sein, indem ja die charakteristische Beschaffenheit der Haut, der Nachweis der fehlenden Schilddrüse, die Wirkung einer Thyreoideakur fehlten.

---

236) **M. Abelmann.** Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rhachitis.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1898 No. 46/47. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

A. untersuchte, ob die Tetanie eine Krankheit sui generis ist, ob eine Beziehung zwischen ihr und Rhachitis besteht und ob der Laryngospasmus ein Hauptsymptom der Tetanie oder nur eine der vielen Erscheinungen der Rhachitis darstellt.

Im Verlaufe von 2 Jahren beobachtete er im Ambulatorium des Elisabethhospitals 21 Fälle von Tetanie und 86 Fälle von Laryngospasmus. Unter den ersteren standen 19 Pat. im Alter von 8 Monaten bis 3 Jahren, 2 im 13. resp. 14. Jahre; von letzteren waren 63 Pat. 4 Monate bis 1 Jahr alt, 20 Pat. 1—2 Jahre, 3 über 2 Jahre.

A. kam zu folgenden Resultaten: Die kindliche Tetanie ist eine völlig selbständige Krankheit, welche idiopathisch oder symptomatisch in Erscheinung treten kann. Eine engere Beziehung zur Rhachitis besteht nicht. Das charakteristische Symptom der Tetanie sind die typischen Krämpfe, ebenfalls in der grössten Zahl der Fälle vorhanden sind das Trousseau'sche und Chvosteck'sche Phänomen, doch kann ihr Fehlen kein Grund zur Negierung der Tetanie abgeben. Die Diagnose einer larvierten Tetanie ist nur dann berechtigt, wenn sich das Trousseau'sche Phänomen hervorrufen lässt. Eine erhöhte Muskel- und Nervenerregbarkeit kann nicht als spezifisches Symptom betrachtet werden. Der Laryngospasmus ist nicht zu den Erscheinungen der Tetanie zu rechnen, obgleich er natürlich zugleich auftreten kann; eher gehört er den Symptomen der Rhachitis an.

---

237) **Purrucker.** Zur Pathologie der Thymusdrüse. Fall von Exstirpation der Thymus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 28.)

P. beschrieb in der Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg (4. V. 99) den ein $2\frac{1}{4}$jähr. Kind betreffenden Fall:

Pat., ohne erbliche Belastung, zeigte von Geburt an totale Heiserkeit. 14 Tage nach der Geburt wurde bemerkt, dass das Atmen auffallend lauttönend war, und dieses laute Geräusch beim Atmen hat sich seitdem immer mehr verstärkt, schliesslich ist es zu wirklicher Atemnot gekommen, die bisweilen so stark wird, dass die Eltern plötzliche Erstickung befürchten. Dabei hat sich das Kind normal entwickelt. Es war sogar ein recht kräftiger Junge, der keinerlei Krankheitszeichen äusserlich darbot, insbesondere keine Spur von Rhachitis, Drüsenschwellungen u. dgl. zeigte. Die Stimme war völlig tonlos. In der Ruhe atmete das Kind langsam, laut hörbar, war nicht cyanotisch, doch waren immer deutliche

Digitized by Google

Einziehungen zu bemerken. Das Geräusch war im Liegen stärker als im Sitzen. Bei psychischer Erregung, wie sie schon die Untersuchung mit sich brachte, trat fofort unter erheblicher Verstärkung des Atemgeräusches starke Luftnot und Cyanose ein, dabei erhebliche Flankeneinziehung, und zwar beiderseits gleichmässig, ebenso starke Einziehung im Jugulum. Sonst war an dieser Stelle etwas Auffallendes weder zu sehen, noch zu fühlen. Die Auskultation ergab nur das laute Stenosengeräusch, und zwar beiderseits gleich laut. Der Pharynx war frei, die Epiglottis sehr eng zusammengedrückt, ein Einblick in das Kehlkopfinnere in keiner Weise zu gewinnen, auch Palpation nicht möglich.

Die Operation zeigte eine vergrösserte Thymus, tief hinter dem Sternum sitzend; nur bei der Inspiration erschien eine weisslich glänzende, bohnengrosse Kuppe im unteren Winkel der Längsincision. Die Auslösung der Drüse bot keine technische Schwierigkeit. Das Stenosengeräusch verschwand vollständig nur, wenn die Thymus gänzlich vor das Sternum gezogen wurde; liess man sie wieder zurückgleiten, so trat es wieder auf, ebenso wenn man nach Hervorziehen der Drüse einen stärkeren Zug an dem Verbindungsstrange ausübte, der in die Tiefe hinabzog. Diese letzte Verbindung war verhältnismässig schwach und anscheinend nicht imstande, die weitere Ernährung der Drüse zu vermitteln; sie wurde deshalb unterbunden und die Drüse gänzlich entfernt. Ihre Länge betrug 8 cm, Breite bis zu 4 cm, Dicke 1 ½ cm.

Die Wunde heilte glatt, Atemnot und Geräusch sind nicht wiedergekommen — seit der Operation sind 8 Monate verflossen —, das Kind hat sich vortrefflich entwickelt, nur die Heiserkeit besteht nach wie vor; Laryngoscopie glückte bisher nicht.

Zweifellos lag hier typischer inspiratorischer Stridor der Säuglinge vor, eine Affection, die häufig mit rhachitischem Laryngospasmus vermengt wird, aber streng davon zu sondern ist. Atypisch war nur die Heiserkeit, die bisher in den publicierten Fällen nicht erwähnt wurde. Das erste operative Vorgehen in solchem Falle unternahm Rehn, der die Thymus am Brustbein fixierte. Ein 2. Fall wurde von F. König operiert, der den grösseren Teil der Drüse resecierte, den Stumpf ebenfalls am Sternum festnähte. Im obigen Falle zwang die Sachlage zur Entfernung des ganzen Organs, was bisher nachteilige Folgen nicht hatte.

---

238) **F. Sklarek.** Ein Fall von angeborenem Myxödem. Besserung durch Behandlung mit Schilddrüsentabletten.

(Aus der Irrenansalt zu Dalldorf.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 16.)

S. demonstrierte den Fall in der Berliner medic. Gesellschaft (30. XI. 98):

Pat., jetzt 17 Jahre alt, ist das jüngste von 3 Kindern, welche von einem trunksüchtigen Vater stammen; die beiden anderen Kinder sind durchaus normal gebildet. Die Mutter leugnet, je irgendwie krank gewesen zu sein, und will einer durchaus gesunden Familie entstammen. Die Geburt des Kindes fand in normaler Weise zur rechten Zeit statt, das Kind soll ebenso ausgesehen haben, wie andere Kinder. Die Mutter hat bis zum 6. Monat selbst gestillt. Als Pat. ½ Jahr alt war, entstand ein Bläschenausschlag am ganzen Körper, namentlich an den Ohren und Händen, der mit einer „weissen Salbe“ nach längerer Zeit geheilt wurde. Damals, am Ende des 1. Lebensjahres, fiel den Angehörigen auf, dass das Kind sich nicht weiter entwickele; das Längenwachstum nahm nicht zu, statt dessen wurde der Körper unförmig, das Gesicht dick, die Gliedmaasen plump, es bildeten sich Anschwellungen am Halse. Im 3. Lebensjahre sprach Pat. die ersten Worte mit stark näselnder Stimme; das Gehen lernte sie erst im 7. Jahre. Die Intelligenz war sehr gering, das Kind hatte wenig Interesse für die Vorgänge in der Umgebung. Krämpfe sind nie beobachtet worden. Im Mai 1890 wurde Pat. in die Idiotenanstalt Dalldorf aufgenommen; dort änderte sich der Zustand wenig, die

Digitized by Google

pädagogischen Versuche waren ohne Erfolg. Daher wurde Pat. März 1897 der Irrenanstalt überwiesen, wo folgender Status erhoben wurde:

Pat., 80 cm gross, wiegt 15,350 kg. Umfang des ovalen symmetrischen Schädels 50 cm, kleiner querer Durchmesser 11 cm, grosser querer 13 cm, Entfernung von der Nasenwurzel bis zur Grenze zwischen Nacken und Hinterhaupt 15 cm, die vom Kinn bis zur Hinterhauptshervorragung 20,5 cm. Die grosse Fontanelle steht in Zehnpfennigstückgrösse offen. Das spärliche blonde Haar fehlt am Hinterkopf gänzlich und hat, wo es vorhanden ist, eine Länge von 30 cm. Es besteht ein schuppendes Kopfekzem. Hautfarbe fahl, leicht cyanotisch, an Händen und Füssen blaurot. Die Haut hat teigige Consistenz, eigentliches Oedem fehlt, die Haut ist nirgends besonders prall gespannt, an Händen und Füssen ist sie verdickt, gefaltet und z. T. mit Schüppchen bedeckt. Gesicht eckig, gedunsen, dement. Die oberen Augenlider geschwollen, sodass die Lidspalte eng erscheint. Augenbefund normal. Nase sattelförmig eingesunken. Mund wird stets offen gehalten, sodass der Speichel über die rüsselförmig gewulsteten Lippen fliesst. Der ganze Kieferteil des Schädels tritt stark hervor. Zähne defect; nur im Unterkiefer sieht man 4 gut erhaltene Schneidezähne, hinter welchen 4 frische durchbrechen; ebenso verhält es sich mit dem linken unteren Eckzahn. Der übrige Unterkiefer, sowie der ganze Oberkiefer tragen cariöse Zähne. Ob ein Zahnwechsel schon stattgefunden, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Die etwas grosse Zunge kann nicht ordentlich hervorgebracht werden, da das Zungenbändchen fast bis zur Spitze geht. Der Hals ist so kurz, dass der Kopf dem Rumpf unmittelbar aufzusitzen scheint. Aus beiden Supraclaviculargruben ragen gänseeigrosse Wülste hervor; die Haut ist über denselben frei beweglich; das unter ihr liegende Gewebe ist von schwammartiger Consistenz und geht ohne Grenzen in die Nachbarschaft über. Aehnliche Hervorwulstungen finden sich beiderseits symmetrisch in der vorderen Axillarlinie, oberhalb der Brustwarzen. Von einer Schilddrüse ist durch Palpation nichts nachweisbar. Zahlreiche kleine Drüsen zwischen Sternocleidomastoideus und Cucullaris. Thorax fassförmig, Milchdrüsen unentwickelt. Brustumfang 62 cm. Lungen- und Herzbefund ohne Besonderheiten. Puls, an der Radialarterie wegen der teigigen Hautbeschaffenheit schwer fühlbar, zeigt im Durchschnitt 88 Schläge. Wirbelsäule stark lordotisch, sodass der Hängebauch der Pat. noch auffallender hervortritt. Die geraden Bauchmuskeln klaffen; es besteht eine Nabelhernie. Achselhöhle und Pubes haarlos, äussere Geschlechtsteile infantil. Pat. ist noch nicht menstruiert. Gliedmaassen sehr plump; die Hände haben die bekannte „Schippenform", die Beine stehen in Genuvarumstellung. Extremitäten activ und passiv freibeweglich, doch geschehen die Bewegungen sehr langsam und träge. Patellarreflexe normal, keine Spasmen. Pat. steht mit gespreizten Beinen ohne Unterstützung sicher, muss aber beim Gehen unterstützt werden, da sie sonst nach vorne fällt; Gang wiegend. Urin ohne pathol. Bestandteile. Temp. unter 36° C. Schmerzempfindlichkeit überall gleich stark, Pat. fühlt leise Berührungen mit der Nadel gut. Sprache klingt nasal, rauh; Pat. spricht spontan fast gar nicht, wiederholt aber gehörte Worte. Auf Fragen antwortet sie selten, nennt ihren Namen. Auf Verlangen zeigt sie ihre Nase, Ohr, Mund u. s. w., vermag aber rechts und links nicht zu unterscheiden. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet sie zwar nicht, spricht aber das Wort richtig nach. Sie kennt die Namen der sie umgebenden Personen, ruft aber nicht nach ihnen, sie nimmt die Speisen allein, verlangt aber nicht nach dem Essen.

Am 1. VIII. 97 wurde mit der Darreichung von Schilddrüsentabletten (Merck'sches Präparat à 0,1) begonnen; zunächst jeden 2. Tag 1 Tablette, dann langsam mit der Dosis steigend bis täglich 2 Stück. Innerhalb von 9 Wochen wurden 80 Tabletten verbraucht. Schon jetzt war der Erfolg sichtbar. Pat. war um 3 cm gewachsen, die cyanotische Hautfarbe verschwunden, die Schwellung der Haut geringer; das Körpergewicht war um 1,9 kg gesunken, dabei bestand Wohlbefinden, der Urin war frei von Eiweiss und Zucker, die Temp. von 36° auf 37° gestiegen, Pulsfrequenz 100—120. Die Behandlung wurde für 8 Tage unterbrochen und dann wieder aufgenommen, wobei das Präparat von Burrough, Wellcome u. Co. (à 0,324), vorübergehend auch das von Parke, Davis u. Co. zur Verwendung kam. Die Dosis betrug anfangs täglich 1 Tablette, allmählich steigend bis 6 Stück pro die. Unangenehme Zufälle blieben aus bis auf mehrmaliges Erbrechen und Klagen über Kopfschmerz, als die Tagesdosis auf 4 resp. 5 Tabletten vermehrt wurde; durch Herabsetzen der Dosis wurden die Beschwerden sofort coupiert, und nach einigen Tagen konnte ohne Nachteil die grössere Menge gegeben werden. Bedrohliche Nebenerscheinungen traten im Verlaufe der jetzt

Digitized by Google

16 Monate dauernden Behandlung nicht auf. Welchen Erfolg diese hatte, zeigt folgender Status:

Die Körpergrösse hat in der Zeit der Behandlung um 14 cm zugenommen, das Körpergewicht ist unter grossen Schwankungen von 15,350 kg auf 21 kg gestiegen. Die Kopfmaasse sind unverändert geblieben. Die Fontanellen sind jetzt geschlossen. Das ungleichmässige Haar ist durch neues, den ganzen Kopf einnehmendes ersetzt worden, die Kopfhaut ist glatt. Die Hautfarbe ist normal, die Haut hat natürliche Beschaffenheit, Schuppung besteht nicht. Das Gesicht ist proportioniert, sein Ausdruck freundlich, Die Schwellung der Augenlider ist geschwunden, der Speichelfluss fehlt, die Lippen sind nur leicht gewulstet. Die cariösen Zähne sind ausgefallen, dafür brechen neue durch. Nur der linke untere Eckzahn ist noch doppelt, der ältere als cariöser Stumpf. Die Zähne stehen unregelmässig, und z. T. ganz schief. Die Zunge ist beweglicher geworden, die Hervorwulstungen in der Axillarlinie sind geschwunden; der Brustumfang hat um 3 cm abgenommen, die Lordose und der Hängebauch treten sehr viel weniger hervor, die Nabelhernie hat sich zurückgebildet, die Gliedmaassen sehen proportioniert aus und haben infolge Schwundes der Hautschwellung an Umfang abgenommen, die Bewegungen werden lebhafter und geschickter ausgeführt, Pat. kann ohne Unterstützung gehen und laufen. Unbeeinflusst blieb der Mangel an Geschlechtsreife; auch sind die Wülste in den Supraclaviculargruben nur wenig verändert. Pat. ist lebhafter geworden und nimmt regen Anteil an allen Vorgängen der Umgebung; sie spielt mit ihren Sachen, fordert Essen, spricht spontan viel, beantwortet einfache Fragen meist richtig, kennt die Begriffe Recht und Unrecht und weiss sich beim Uebertreten von Geboten dem Verweise zu entziehen; während Pat. vor der Behandlung sich wie ein 1jähriges Kind benahm, dürfte sie jetzt auf dem geistigen Niveau eines 3—4jährigen stehen.

Dass Unterbrechung einer Schilddrüsenzufuhr einen Rückfall hervorruft, geht daraus hervor, dass, als bei einer 14tägigen Beurlaubung der Pat. im April d. J. die Medikation ausgesetzt wurde, die Symptome wieder stärker hervortraten. S. gab übrigens im Anschluss an diesen Urlaub der Pat. Oophorin, in der Hoffnung, vielleicht auf diese Weise die fehlende Menstruation hervorzurufen. Pat. erhielt innerhalb von 4 Wochen 200 Tabletten (Freund'sches Präparat à 0,05), aber mit ganz negativem Erfolge. Die Erscheinungen des Myxödems traten dabei deutlicher hervor. Seit Juli ist dann wieder Schilddrüse gegeben worden, und diese Darreichung wird wohl nach den gemachten Erfahrungen eine dauernde bleiben müssen.

Dass es sich hier um angeborenes Myxödem handelte, ist unzweifelhaft, da alle von Bourneville als charakteristisch angegebenen Symptome (spärliches Haar, Kopfekzem, offene vordere Fontanelle, fehlerhafte Zahnbildung, Hautveränderungen, Pseudolipome in den Schlüsselbeingruben, dicke Gliedmaassen, rauhe Stimme, Hernien, Fehlen der Schilddrüse) vor der Behandlung mit Schilddrüse zu finden waren, durch diese von Bourneville so warm empfohlene Therapie aber entschieden gebessert wurden oder gar verschwanden.

---

239) **O. Wolff.** Eine seltene Ellbogenverletzung.

(Aus dem Kölner Bürgerhospital.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 18.)

14jähr. Knabe fiel am 7. I. d. J. aus einer Höhe von $1^1/_2$ m herunter und schlug mit dem spitzwinklig gebeugten linken Ellbogen auf eine Holzdiele auf. Unmittelbar nach der Verletzung stand der Arm vollkommen gestreckt und konnte activ nicht gebeugt werden. In Chloroformnarkose soll der Arm dann in rechtwinklige Stellung gebracht worden sein. Die Nachbehandlung wurde in fixierenden Verbänden geführt.

9 Wochen nach Eintritt der Verletzung kam Pat. in W.'s Behandlung. Der linke Arm stand im Ellbogen rechtwinklig flectiert, die Hand in leichter Pronation. Alle Bewegungen — Extension, Flexion, Pro- und Supination — waren durch eine vollständige Ankylose activ und passiv aufgehoben. Der quere Durchmesser der Condylen betrug links etwa $^1/_2$ cm mehr als rechts. Das ganze Gelenk war in so

Digitized by Google

derbe, schwartige Massen eingebettet, dass eine genauere Abtastung der einzelnen Knochenteile unmöglich war. Zwar wies der verbreiterte Querdurchmesser des Olecranons auf eine hier stattgehabte Fractur hin, es liess sich aber nicht feststellen, ob ausser der Fractura intracondylica et olecrani noch andere Verletzungen vorlagen. Die leichte Pronationsstellung der Hand in Verbindung mit absoluter Behinderung der Supination musste den Verdacht auf eine hochsitzende, etwa durchs Collum verlaufende Radiusfractur erwecken; den sicheren Nachweis derselben durch Feststellung einer Verbreiterung des Knochens zu führen, war aber bei den eigentümlichen Verhältnissen unmöglich. Es kam erst Klarheit in die Sache, als zum Zweck des Brisement forcé die Chloroformnarkose eingeleitet und der Arm in gestreckte Stellung gebracht wurde. In der Ellbeuge entstand eine Vorwölbung, welche Form und Grösse des Oberarmcondylen hatte und thatsächlich durch dieselben gebildet wurde, wie passiv ausgeführte Bewegungen bewiesen. Der Vorderarm hatte also die Trochlea verlassen. Auffallend war nur, dass sich auch jetzt weder die Incisura sigmoidea, noch die Delle des Radiusköpfchens abtasten liess. Die Röntgenphotographie gab die Erklärung: die Luxation des Oberarms nach vorn ist darauf ohne Weiteres ersichtlich. Das Olecranon ist mehrfach fracturiert, die Fragmente sind nach der Incisura sigmoidea hin dislociert und füllen dieselben grösstenteils aus; der Proc. coronoideus ist abgebrochen und nach vorn verschoben; das Radiusköpfchen ist winklig abgeknickt; bei genauerem Zusehen findet sich endlich noch eine Fractura intracondylica. Also eine sehr complicierte Verletzung: Fractura olecrani, Fractura intracondylica, Luxatio humeri, Fractura proc. coronoidei, Fractura colli radii.

Was die Entstehung betrifft, so ist vielleicht primär durch das Aufschlagen auf die Holzdiele des Olecranon gebrochen. Die Gewalt war damit nicht erschöpft, das gebrochene Olecranon wurde nach vorn getrieben und drängte die Humeruscondylen aus ihren Gelenkverbindungen mit Radius und Ulna, wobei alle 3 Knochen zu schaden kamen; möglich ist es freilich, dass die Fractur im Radiushals durch eine forcierte Rotationsbewegung zu stande gekommen ist.

Wenn eine Combination von Luxation und Fractur in so ausgedehntem Maasse auch selten ist, so hat sich doch seit Einführung der Röntgenphotographie die Auffassung bestätigt, dass alle Luxationen weit häufiger mit Absprengung kleinerer oder grösserer Knochenfragmente, mit Fissuren verbunden sind, als man allgemein glaubt. Eine reine Ellbogenluxation ohne Fractur ist aber eine Seltenheit; das beweist einmal das Röntgenbild, und wenn dieses im Stich lässt, beweist es die später nachweisbare Verbreiterung des queren Durchmessers der Condylen oder die Verbreiterung eines einzigen Condylus.

---

240) **A. Russow.** Ein Fall von Pancreascyste.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1899. No. 8. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.

2 Wochen vor der Aufnahme ins Oldenburger Kinderhospital war der 11jähr. Knabe von einem Wagen überfahren worden, hatte aber erst nach 10 Tagen über heftige Leibschmerzen geklagt. Die Untersuchung ergab die Möglichkeit eines Darmverschlusses, der im oberen Teil des Dünndarms angenommen wurde. Das Fehlen von Ausleerungen, von Icterus und von Zucker im Urin machten die Diagnose einer Pancreacyste unmöglich. Bei der Laparotomie wurden feste flächenhafte Verwachsungen des Magens mit den Därmen gefunden und wegen grosser Schwäche des Pat. von einer tiefgehenden Exploration und Lähmung der Verwachsungen abgesehen. Am Tage darauf starb Pat. Die Section ergab ausser adhäsiver Peritonitis eine fest mit Magen und Mesocolon transversum verwachsene Pancreascyste von Kindkopfgrösse und mit strohfarbenen, eiweiss-

Digitized by Google

reichem Inhalt. Höchst wahrscheinlich war die Cyste entzündlichen Ursprungs und verdankte ihren Ursprung jenem Trauma.

---

241) **W. Shukowski.** Phlebitis umbilicalis, ein Fall mit eitriger Entzündung der Nabelvene mit Affection der Gelenke und Pyämie.

(Eshenedelnik 1899 No. 4. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Ein am regelrechten Termin geborenes Kind, gut entwickeltes Mädchen, dessen Vater vor 6 Jahren Lues gehabt, litt in den ersten Tagen an Dyspepsie. Nabel am 10. Tage abgefallen. In der 3. Lebenswoche abermalige Dyspepsie mit erhöhter Temperatur und Schwellung eines Kniegelenks. Wochenbett normal, die Nabelwunde verheilte, in der Umgebung keine Spur von entzündlichen Erscheinungen, kein Symptom von Peritonitis, wohl aber ein geringes Erythem. Dann Opisthotonus, Eclampsie, Tod am 21. Lebenstage. Bei der Section fand sich eine Erweiterung der Vena umbilicalis mit eitrigem Inhalt und Pyämie.

Dass bei dieser Sachlage nicht das geringste äussere Zeichen um den Nabel und auf den Bauchdecken in vivo sich gezeigt hatte, ist immerhin bemerkenswert genug.

---

242) **W. Gold.** Zur Diagnostik der subdiaphragmalen Abscesse im Kindesalter.

(Medicinskoje Obosrenje, Februar 1899. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 3.)

Die subdiaphragmalen Abscesse sind bei Kindern sehr selten. Lang hat 176 Fälle zusammengestellt, von denen nur 12 das kindliche Alter betrafen. Als ätiologische Momente fungierten 3 mal Perityphlitis, 2 mal Perforation von typhösen Geschwüren, 2 mal traumatische Darmruptur, 1 mal Ruptur des Colon transversum aus unbekannter Ursache, 3 mal Schlag auf den Leib, 1 mal einfache Gastroenteritis.

Diagnostisch gelten bei Kindern eben dieselben charakteristischen Zeichen, wie bei Erwachsenen:

1. Anamnestisch festgestellte Erkrankungen des Darmtractus.
2. Starke Schmerzhaftigkeit in der Gegend der unteren Rippen und des Epigastriums mit Ausstrahlung nach der Schulter; Hauthyperästhesie in der betreffenden Region.
3. Kuppelförmige Dämpfungsfigur genau entgegengesetzt derjenigen bei exsudativer Pleuritis; die Dämpfung beginnt vorn schon an der 3.—4. Rippe, am Schulterwinkel steht sie gewöhnlich an der 6. Rippe, um alsdann nach der Wirbelsäule hin schräg abzufallen.
4. Die Constatierung von gesundem, comprimiertem Lungengewebe oberhalb der Dämpfung.
5. Das Dreieck eines hellen Tones zwischen Herzdämpfung und dem fraglichen Abscesse.
6. Das Resultat der Probepunction in Verbindung mit dem Fürbringer'schen Symptom (das Instrument bewegt sich entgegengesetzt der respiratorischen Bewegung des Zwerchfells).
7. Das Leyden-Senator'sche Symptom (Missverhältnis zwischen der Höhe des Exsudates, dem Tiefstande der Leber und der fehlenden Herzdislokation).

Digitized by Google

Trotz Anwesenheit aller dieser Symptome können doch diagnostische Irrtümer vorkommen, wie ein von G. beobachteter Fall zeigt. Bei dem 11jährigen Pat. wurde die Diagnose auf Pyopneumathorax subphrenicus gestellt; die 9. Rippe wurde reseciert, und es präsentierte sich eine Echinokokkencyste, die quasi auf der Leber lag, aber nicht unterhalb, sondern oberhalb des Zwerchfells (der Fall war auch deshalb noch interessant, weil sich im Eiter Actynomyceskörner fanden, sodass vielleicht hier der Actynomyces die Rolle der eitererregenden Mikroben übernommen hatte).

---

243) **O. Aronsohn.** Ein Fall von Santoninvergiftung.

(Wiener medic. Blätter 1899 No. 28.)

Der Fall, den A. in der Berliner medicin. Gesellschaft mitteilte (28. VI. 99), entstand durch Einnahme einer zu grossen Menge der in den Apotheken im Handverkauf zu habenden „Wurmkuchen".

Der $2^1/_2$jähr., sehr kräftig entwickelte Knabe (36 Pfd. Gewicht) bekam von seiner Mutter innerhalb 10 Minuten 11 Stück dieser Wurmkuchen, von denen jeder 0,03 Santonin enthielt. 1 Stunde darauf erhielt das Kind mit Essig angerichteten Gurkensalat und ein Gläschen Ingwer mit Wasser. In demselben Augenblick fast wechselte es seine Farbe, wurde kreideblass, mit kaltem Schweiss bedeckt, fiel um und lallte unverständliche Worte vor sich hin, wie im Rausche. Es reagierte dann gar nicht mehr auf Anrufe, nicht auf Reizung seiner Sinnesorgane, bekam Zuckungen im Gesicht und Nacken, schlug mit Händen und Füssen um sich, indem auch seine Arme und Beine von ununterbrochenen, kurzdauernden Zuckungen befallen wurden. Dieser mit Bewusstlosigkeit einhergehende klonische Krampfzustand dauerte $^1/_4$ Stunde, worauf es durch Darreichung von Salzwasser und Einführung des Fingers in den Mund gelang, Erbrechen hervorzurufen. Dann war das Kind ausserordentlich matt, hatte weite Pupillen, verlangsamten Puls, noch immer getrübtes Bewusstsein. Es verfiel in 3 Stunden langen Schlaf, worauf es sehr viel urinierte, und zwar einen intensiv gelben, starken gelben Bodensatz aufweisenden Harn. Des Nachts liess das Kind Urin unter sich, das Bett war wie mit gelber Farbe überstrichen. Auch am nächsten Morgen sah der Harn noch gelb aus und wies starke Santoninausscheidung auf. Mit dem allmähligen Abklingen der letzteren besserte sich auch das Wohlbefinden, und 18 Stunden nach Einnahme der Wurmkuchen war alles wieder normal. Calomel (3—4 × tägl. 0,04) war die einzige Verordnung gewesen.

Das Kind hatte das Dreifache der Maximaldosis für Erwachsene an Santonin erhalten, und hatten der genossene Essig und Alkohol jedenfalls den Ausbruch der Intoxikationserscheinungen beschleunigt, indem sie das im Magensaft noch ungelöste Santonin rasch lösten und stürmisch zur Resorption brachten. Ein weniger widerstandsfähiges Kind wäre nicht so leichten Kaufs davongekommen! Den Apothekern dürfte nur erlaubt sein, die Wurmkuchen in ganz bestimmten Mengen abzugeben, nicht wie jetzt, in beliebigen, und sie müssten verpflichtet werden, den Käufern genaue Gebrauchsanweisung mitzugeben.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

100) **Die chemische Fabrik H. Trommsdorf in Erfurt** übergiebt uns folgenden Brief zur Veröffentlichung: „Obwohl ich im allgemeinen die Mitteilung von Krankengeschichten und Heilungen an die Fabriken pharmaceutischer Präparate missbillige, so sehe ich mich doch jetzt gezwungen, von meiner Ansicht abzuweichen und Ihnen zur beliebigen Verwendung die Erfolge, die mit Natrium sozojodolic. bei der Behandlung des Scharlachs erzielt werden, bekannt zu machen.

Digitized by Google

Am 11. April d. J. wurde ich zu dem hier wohnenden Kinde Sch. berufen. Ich konstatierte Scharlach. Die Temperatur des Kranken betrug 41° C, die Gaumenmandeln waren in ihrer ganzen Ausdehnung mit einem festhaftenden weissen Belage bedeckt, die Lymphdrüsen am Unterkiefer geschwollen und schmerzhaft.

Bei der Ausdehnung und Stärke des diphtheroiden Processes beschloss ich, wie ich es bei Diphtherie halte, mit Einblasungen von Natrium sozojodolic. vorzugehen. Als ich nach ca. 30 Stunden das Kind wiedersah, war es zu meiner Ueberraschung gesund, d. h. das Fieber war verschwunden, der Rachen hatte sich von dem Belage gereinigt, nur die Lymphdrüsen waren noch ein wenig geschwollen und schmerzhaft.

Am 10. Mai erkrankte das Kind M., ebenfalls hier, an Scharlach; die Veränderungen im Rachen erschienen unter dem Bilde einer Angina follicularis; die Mandeln waren dabei stark gerötet und geschwollen, und es bestanden starke Schluckbeschwerden. Des ersten Falles eingedenk, wandte ich dieselbe Therapie an, mit demselben Erfolge.

Am 20. Juni wurde ich zu dem sechzehnjährigen Fräulein S. in Fichtengrund berufen, sie war am 19. Abends an Scharlach erkrankt, Fieber 41° C; mässiges Krankheitsgefühl, starke Angina catarrhalis. Unter 5% Sozojodollösung innerlich nach 30 Stunden alles bis auf die Hautröte verschwunden.

Von den Angehörigen erkrankte niemand; Complicationen fanden nicht statt (Otitis, Nephritis, Endocarditis).

Leider bin ich bisher weiteren Scharlachfällen nicht begegnet. Bei der geringen Zahl der Behandelten könnte man mir einwenden, dass sich aus ihr für den Nutzen der Therapie keine Schlüsse ziehen liessen.

Ich glaube anderer Ansicht sein zu müssen.

Das Scharlachfieber verläuft in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit lytischem Ausgange durch 9 bis 11 Tage. Auf die Lysis des Fiebers lege ich den grössesten Nachdruck: mag das Fieber hoch oder niedrig sein im Verlaufe der Krankheit, sein Charakter einer febris continua mit lytischem Temperaturabfalle bleibt immer gewahrt.

Hier aber sind drei Fälle, deren Schwere, nach der Intensität des Fiebers und der Pharyngitis beurteilt, sicherlich den regulären Ablauf des Fiebers erwarten liess; statt dessen erfolgte aber ein plötzlicher Temperatursturz, mit dem die Krankheit beendet war. Das Fieber hat also seinen Charakter vollständig eingebüsst.

Wodurch anders kann diese Aenderung des Charakters der Krankheit, die sonst vielleicht nie, hier aber dreimal hintereinander an drei Individuen, die verschieden schwer, an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten erkrankt waren, beobachtet worden ist, — wodurch anders kann diese Aenderung des Charakters der Krankheit bewirkt worden sein, wenn nicht durch die Sozojodoltherapie?

Und dies ist ja auch am Ende nicht wunderbar. Schon längst ist es die Ueberzeugung aller Aerzte, dass der Scharlach, genau so wie Diphtherie, von der Mund-Rachenhöhle aus seinen Einzug in den Körper hält; sollte es nun möglich sein, diese Organe zu desinficieren, die Keime, welche dort angesiedelt sind, zu schwächen und zu töten, so muss auch die Krankheit aufhören, so weit sie das Ergebnis der Intoxication ist. Und das Natrium sozojodolic. ist in der That ein solches Mittel. In 14 Teilen Wassers löslich, ist es in 4% Lösung an Desinfectionskraft der 2%—3% Carbolsäure ebenbürtig; und ferner wird es zu nicht geringem Teile unverändert mit dem Harne ausgeschieden, so dass durch die Körpersäfte seine Wirkung, solange es noch nicht allzusehr durch dieselben verdünnt ist, nicht aufgehoben werden kann. Tausendfache Erfahrungen anderer, die mit dem, was ich an meinem eigenen Leibe gefühlt habe, übereinstimmen, beweisen, dass es pur aufgeblasen 1) die entzündlichen Sensationen der Rachenorgane sofort, ähnlich dem Cacain, mildert, 2) dass es für die gesunden Teile absolut reizlos ist.

Wenn man also durch hinreichend häufig genug wiederholtes Aufblasen des Pulvers die Pseudomembranen gleichsam einpökelt, so erscheint mir die Wirkung, dass die ihnen eingeschlossenen und die unter ihnen lebenden Keime bis zum Absterben geschwächt werden, geradezu als eine Notwendigkeit.

Das Natrium sozojodolicum ist das Specificum gegen den Scharlach.

Aus den Formeln, die ich zum Schlusse mitteile, geht die Art seiner Anwendung hervor.

Digitized by Google

Angina scarlatinosa pseudomembranacea.
Rp. Natr. sozojodolici subtiliss. pulv. 3,0
D. in scatula.
S. Binnen 24 Stunden mit ein- und zweistündlichen Einblasungen in den Rachen zu verbrauchen.

Angina scarlatinosa simplex.
Rp. Saccharini 0,3
Natr. sozojodolici 2,5
Aq. destill.
Glycerini ana 25,0
MDS. Stündlich bis zweistündlich ein Theelöffel (Kinderlöffel) voll. Langsam schlucken!

Oranienburg, d. 9. VIII. 99. Dr. med. K. Siecke, prakt. Arzt."

101) **Pseudohypertrophie des Herzens bei Muskelpseudohypertrophie** konnte Dr. Stembo (Wilna) bei einem 8jähr. Knaben sicher constatieren. Schon die Perkussion zeigte deutliche Vergrösserung des Herzens, die noch deutlicher durch Röntgenstrahlen sich zu erkennen gab; dabei war der Puls klein und weich, also musste es sich um Herzpseudohypertrophie handeln.
(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 29.)

102) **Eine Vergrösserung der Milz bei Mumps** fand Ewart bei einem 13jähr. Knaben, der an linksseitiger Parotitis mässigen Grades ohne Fieber erkrankt war, aber als auffallendes Symptom eine durch mehrere Tage bestehende Vergrösserung der Milz zeigte, die erst nach und nach mit dem Rückgange der Parotis sich verlor. Die bacteriologische Untersuchung des Blutes hatte ein negatives Resultat. E. glaubt, dass Milzschwellung bei Parotitis bisher vielleicht unbemerkt geblieben und daher noch nirgends erwähnt ist.
(The Lancet, 11. II. 99. — Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 29.)

103) **Bronchiektasien** linkerseits constatierte Prof. Tschernow bei einem 6jähr. Knaben. Als Ursache fand sich ein in den linken Bronchus aspirierter Sonnenblumensame, der während der klinischen Beobachtung, 6 Monate nach dem Hineingelangen in die Luftwege, bei einem heftigen Hustenanfalle expectoriert wurde.
(Djetskaja Medicina 1899 No. 2. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

21) Das in 3. Auflage erschienene (Ungleich, Leipzig. Preis: M. 8) Werk Ludwig Strümpell's: **Die Pädagogische Pathologie** (oder: Die Lehre von den Fehlern der Kinder) ist in weitesten Kreisen bekannt und für den unentbehrlich, der sich mit diesem interessanten und wichtigen Kapitel vertraut machen will. Diese Auflage hat Dr. A. Spitzner mitbearbeitet, der manche Abschnitte ganz neu eingefügt und auch ältere wesentlich vermehrt und umgestaltet hat. Das Buch zerfällt jetzt in 3 Hauptabteilungen: „Der grundlegende Teil der pädagog. Pathologie", „Das Material der pädagog. Psychiatrie", „Der praktische Teil der pädagog. Pathologie". In allen dreien findet man soviel Interessantes und Lernenswertes, dass die Lectüre eine ungemein genussreiche und erspriessliche ist. — Dr. Spitzner publiciert in gleichem Verlage ein kleines Schriftchen (Preis: M. 1): **„Psychogene Störungen der Schulkinder"**. Auch dieses Werkchen kann warm zur Lektüre empfohlen werden.

22) **Das 1. Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen** hat einen neuen Bearbeiter in Dr. F. Fischer (Salzungen) gefunden. Trotz des Ueberflusses an ähnlichen Werken dürfte das Büchelchen (Gustav Fischer, Jena) dank seines billigen Preises (M. 1,20) und der einfachen, schlichten, präcisen Form der Darstellung, die sich zum grössten Teil auf persönliche Erfahrungen stützt und manches Neue bringt, das auch dem jungen Arzt von Nutzen sein dürfte, sich viele Freunde erwerben. Für eine Neuauflage wünschen wir nur, dass der Autor in dem doch auch für Laien bestimmten Buche vorsichtiger in therapeutischen Bemerkungen wäre; er giebt ein genaues Recept für ein Theerliniment, spricht von grauer Salbe, 5%iger Naphtholsalbe u. s. w. Das ist entschieden zu weit gegangen! Im Uebrigen kann der Arzt das Büchelchen in seiner Clientel mit Recht warm empfehlen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. November 1899.** No. 11.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

244) **H. Citron.** Ein Beitrag zur Casuistik der Petroleumvergiftung.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 74.)

1½jähr. rhachitischer, sonst gesunder Knabe trinkt am 8. VI. 99 frühmorgens Petroleum aus einer Küchenlampe (Menge nicht genau feststellbar, da das Kind die Lampe umwarf und der Inhalt sich auf den Fussboden ergoss). ½ Stunde später wird Pat. zu C. gebracht. Er ist apathisch, das Gesicht leichenblass, die Haut kühl, Puls sehr frequent. Mittels Schlundsonde werden 2—3 Theelöffel Petroleum entfernt, der Magen mehrmals ausgewaschen. Dann Ord. Inf. folior. Digital. 0,2 : 100,0, heisse feuchte Einpackungen.

Am folgenden Morgen ist das Kind noch etwas apathisch, reagiert aber auf Anrufen. Gesichtsfarbe noch fahl. Puls 110, ziemlich kräftig. Kein Erbrechen. Urin etwas dunkel, ohne besonderen Geruch, enthält weder Eiweiss noch Zucker. Die heissen Einwickelungen werden fortgesetzt. 1 Senfbad.

Digitized by Google

10. VI. Das Kind ist munterer, Gesichtsfarbe noch blass, Zunge stark belegt. Mixtur. acid. mur., Wein.

Die Genesung macht dann rasche Fortschritte, sodass das Kind am 10. Tage wieder vollständig hergestellt war.

Erwachsene pflegen selbst auf grosse Dosen Petroleum nur mit gastrischen Erscheinungen zu reagieren, jüngere Kinder aber bekommen danach schwere, selbst tötliche Zustände. Auch C.'s Pat. machte zunächst einen schwerkranken Eindruck, der sich aber auf die therapeutischen Massnahmen zum Glück bald änderte. Dass diese zu dem günstigen Ausgang allein verholfen haben, lässt sich natürlich nicht beweisen. Nachdem C. das im Magen noch befindliche Gift entfernt hatte, wollte er rasch die bereits resorbierten Stoffe eliminieren, und da diese bei Petroleum zum Teil sehr flüchtiger Natur sind, bestrebte er sich, neben Anregung der Herz- und Nierenfunction (Digitalis) auch ausgiebige Hautperspiration zu erzeugen (Einpackungen), was auch gelang.

---

245) **H. Eichhorst.** Tötliche acute Nephritis infolge von Vergiftung mit Sauerampfer.

(Aus der medicin. Klinik in Zürich.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 28.)

Der Genuss des Sauerampfers wird allgemein für unschädlich gehalten; er bildet besonders einen sehr gesuchten Frühlingsleckerbissen der Kinder, die oft ganze Wettessen veranstalten, und auch Erwachsenen ist er in der Hitze sehr angenehm, da durststillend und durch seinen Säuregehalt erquickend. Dieser Säuregehalt entstammt aber der im Sauerampfer vorhandenen Klee- oder Oxalsäure, und es ist wunderbar, dass so äusserst wenige Vergiftungen vorkommen. Dass solche aber sicher sich ereignen, zeigt der E.'sche Fall, in dem ein 12jähr. Junge wenige Stunden nach Genuss von rohem Sauerampfer an einer acuten hämorrhagischen Nephritis erkrankte und binnen 9 Tagen starb. Die Erkrankung begann mit heftigen Leibschmerzen und Durchfall. Schon am nächsten Tage bemerkte man leichtes Gedunsensein des Gesichts, Druckempfindlichkeit, namentlich in der rechten Nierengegend, und hohen Eiweissgehalt des Harns bei unveränderter Körpertemperatur. Trotz Milchdiät, warmer Bäder, Liq. kal. acet., Digitalis sank dann die Harnmenge von Tag zu Tag, rasch trat Urämie hinzu, und unter Bewusstlosigkeit und klonischen Krämpfen starb der Pat. Da die Nierenentzündung fast unmittelbar nach dem Genuss des Sauerampfers eintrat, ist kaum anzunehmen, dass sie erst secundär nach der Gastroenteritis als Folge einer Autointoxikation entstand, es ist vielmehr klar, dass der Oxalsäuregehalt des Sauerampfers es war, der so deletär auf die Niere wirkte.

---

246) **E. J. Gindes.** Urämie. Die Bedeutung der Blutentziehung bei derselben.

(Djetskaja Medicina 1899 No. 2. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Einem 7jähr. Knaben mit acuter Nephritis und Urämie wurden, nachdem jede andere Therapie sich als erfolglos erwiesen, ca. 30 g

Digitized by Google

Blutes mittelst Schröpfköpfen entzogen. Gleich darauf wurde der Puls weicher, gleichmässiger und frequenter. Bald jedoch traten die Anfälle mit ungeheurer Häufigkeit, bis mehrmals stündlich auf. Durch Venaesectio entzog jetzt G. ca. 70 g Blut aus der V. mediana. Sofort wurden die Anfälle seltener, verloren ihre Vehemenz und hörten bald ganz auf.

Die Blutentziehung ist bei Urämie durchaus gerechtfertigt. Nicht nur wird dadurch ein Teil der Gifte aus dem Blute entfernt, Producten der Metamorphose, die, weil sie eben wegen der gestörten Nierenfunction nicht eliminiert wurden, sich im Blut aufgespeichert haben, sondern es wird auch der Blutdruck herabgesetzt und dadurch Apoplexien vorgebeugt, und endlich werden Oedeme rascher zum Aufsaugen gebracht. Die Blutentziehung soll daher sogar das vornehmste Therapeuticum bei Urämie sein, die anderen Mittel nur als Hilfsmittel betrachtet werden. Die Menge des entzogenen Blutes betrage im Durchschnitt 100—300 g, je nach Alter des Pat., Allgemeinzustand u. s. w.

---

247) **Wanitschek.** Ein Fall von plötzlichem Tod während der Narcose.

(Aus Prof. Bayer's Abteilung im Kaiser Franz-Joseph-Kinderspitale in Prag.)

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 37.)

Am 6. V. wurde ein 3jähr. Kind wegen eines an der Innenseite des rechten Oberschenkels befindlichen guldenstückgrossen Scrophulodermas, welches bisher allen Behandlungsmethoden getrotzt, operiert. Pat. seinem Alter entsprechend gross, gut genährt und gefärbt. Herz- und Lungenbefund vollkommen normal. In den Leistenbeugen einige bis bohnengrosse härtliche Drüsen, sonst am ganzen Körper nichts Abnormes. Narcose. Der Fungus wird durch einen Ovalärschnitt excidiert, eben soll die Naht angelegt werden, als plötzlich der Puls ausbleibt, die Wunde zu bluten aufhört, das Gesicht, die Lippen bleich, die Atmung ganz flach werden, die Augen offen stehen mit ad maximum dilatierten Pupillen, — alles das Werk weniger Sekunden. Sofort Wiederbelebungsversuche, aber umsonst. Die Atmung sistiert nun ebenfalls, noch einige tiefe spontane Atemzüge, darauf noch alle 15—20 Minuten Heben der Nasenflügel, das Leben ist entwichen. Alle Versuche, es zu retten, selbst die Tracheotomie, bleiben erfolglos; nach $1^3/_4$ stündigen Bemühen hört man damit auf. Die Narcose wurde mit reinem Chloroform ausgeführt, von dem $4^1/_2$ g verbraucht wurden.

Die Section ergab neben unwesentlichen Befunden Folgendes: Tonsillen, sowie Lymphknoten am Zungengrunde und im Pharynx stark vorspringend. Thymus sehr gross, $7^1/_2$ cm lang, 7 cm breit, stellenweise bis 6 mm dick, wiegt 26 g. Milz vergrössert; die Follikel deutlich prominent. Schleimhaut des Darms zeigt allenthalben die aggregierten und solitären Follikel vergrössert. Mesenteriale Lymphdrüsen stark vergrössert.

Man hatte es hier also mit einem exquisit lymphatischen Kinde zu thun. In neuerer Zeit wird der Hyperplasie des Thymus ein besonderer Einfluss auf den plötzlichen Tod zugeschrieben. Namentlich Paltauf hat sich mit diesem „Status thymicus“ beschäftigt. Er berichtete über Todesfälle bei Kindern, welche ohne Krankheitssymptome, plötzlich, sozusagen in den Armen des Pflegepersonals verschieden; bei der Obduction fand man auch nicht ein Zeichen eines schweren Leidens als Todesursache, wohl aber die auch im obigen Fall vorhandenen Veränderungen am lymphatischen Apparat, sodass man in der allgemeinen Körper-

Digitized by Google

constitution die Todesursache suchen musste. Nach Kundrat gehört auch die Rhachitis hierher. Auch da hat Kundrat eigenartige plötzliche Todesfälle erlebt, und auch W. sah, dass solche Kinder die Narcose schlechter vertragen, dass sie ganz besonders leicht Glottiskrampf bekommen und asphyctisch werden. Eine plötzliche Kreislaufstörung aber (z. B. durch behinderte Atmung) kann zur Hyperämie des Thymus führen, das vergrösserte, geschwollene Organ drückt auf den nervösen Apparat des Herzens, und so kann unmittelbar oder mittelbar durch die Centren Herzstillstand eintreten. Diese Ansicht Nordmann's entbehrt aber der stricten anatomischen Ursache, auch giebt es Fälle von Status lymphaticus ohne Vergrösserung oder Persistenz des Thymus. So bleibt nur die Annahme, die auch jetzt allgemein Geltung hat, die Todesursache in der anomalen Körperconstitution, eben dem Status lymphaticus selbst, zu suchen, welcher eine geringere Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen plötzliche schädigende Einflüsse bedingt. Zu letzteren gehört sicher die Chloroformnarcose, und wenn auch hier nur $4^1/_2$ g Chloroform verbraucht wurden, so muss man doch annehmen, dass der ganze Complex von Eindrücken geeignet war, dieses so wenig resistente Individuum in so hohem Masse zu schädigen; hätte man nur lokal anästhesiert, so wäre vielleicht bei der 1. Injection dasselbe geschehen!

---

248) **F. Jessen.** Zur Therapie und Aetiologie der Halslymphome.

(Centralblatt f. innere Medicin 1899 No. 35.)

J. hat sich davon überzeugt, dass die Halslymphome, an denen manche Kinder jahrelang leiden, wegen deren sie mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt werden, nach Entfernung adenoider Wucherungen von selbst verschwinden. Diese Drüsenschwellungen nehmen nach seiner Erfahrung fast immer ihren Ausgang von der Rachentonsille (seltener von Gaumentonsillen, cariösen Zähnen u. dgl.), und nach Entfernung des primären Krankheitsherdes verschwinden auch die Drüsen. Dieser Zusammenhang erhellt auch daraus, dass nach Operationen solcher Drüsen zurückbleibende, jeder Behandlung trotzende Fisteln sich rasch nach Exstirpation der adenoiden Vegetationen schliessen. Letztere brauchen sonst gar keine Symptome zu machen, ja gerade kleine, weiche, nicht obturierende Wucherungen sind es vielmehr, die besonders häufig zu jenen Drüsenschwellungen führen.

---

249) **M. Bieback.** Die angeborenen Halsfisteln und ihre Behandlung.

(Inaug.-Dissert. Greifswald 1899. — Centralbl. f. Chirurgie 1899 No. 30.)

Fall von completer Kiemenfistel, von Helferich operiert. Das 11jähr. Mädchen wies eine ca. 3 cm vom Rande der Clavicula am vorderen Rand des M. sternocleidomastoideus beginnende Fistel auf, welche in den Pharynx mündete. Das Fistelende wurde umschnitten, nach weiterer Spaltung der Haut bis in die Submaxillar-

Digitized by Google

gegend herauspräpariert und dann so nahe wie möglich an dem pharyngealen Ende abgetragen. Dann wurde ein mit einer Perle armierter Faden von unten her in die Fistel eingeführt und durch Zug vom Mund her das Fistelende nach dem Rachen zu umgestülpt. Der untere Teil der Wunde wurde genäht, der obere tamponiert. Glatte Heilung.

---

250) **J. Hoppe.** Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps.

(Aus der Kinderabteilung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 34.)

Bekanntlich hat bisweilen der Erreger des Mumps, resp. ein naher Verwandter desselben, die Neigung zur Ansiedelung in der Submaxillardrüse, wobei er die Parotis entweder ganz verschont oder erst secundär befällt. Im Grossen und Ganzen kommt das selten vor. Ueber epidemisches Auftreten dieser Abart des Mumps berichtet nun H.

Am 18. II. d. J. machte sich im Knabenhaus bei einem schon längere Zeit in der Anstalt befindlichen 9jähr. Kinde eine Anschwellung der linken Submaxillardrüse bemerkbar. Das Allgemeinbefinden war etwas gestört, auch klagte der Knabe über Schmerzen beim Oeffnen des Mundes. Ausser der erwähnten Anschwellung der Drüse, einer etwas belegten Zunge und einer Abendtemperatur von 38,1° waren keine objectiven Symptome bemerkbar; eine Stomatitis bestand nicht, die Zähne waren tadellos. Da der Fall zur Zeit vereinzelt war, wurde zunächst an eine lokale Affection der Drüse gedacht. Dass die Krankheit einen epidemischen Charakter hatte, wurde erst wahrscheinlich, als am folgenden Tage 2 andere Knaben unter Fiebererscheinungen und etwas gestörtem Allgemeinbefinden eine Anschwellung der linken Submaxillaris bekamen. Das Bestehen einer Epidemie wurde nun zur Gewissheit, als kurz darauf noch mehrere Knaben in demselben Gebäude unter denselben Erscheinungen erkrankten und der zuerst befallene Knabe am 4. Tage seiner Krankheit auch noch eine Anschwellung der rechten Submaxillaris bekam. Die Epidemie breitete sich zunächst in einem Hause aus; ein Weiterschreiten von Bett zu Bett, wie es beim Mumps bisweilen beobachtet wird, fand jedoch nicht statt; die fast zu gleicher Zeit befallenen Knaben lagen vielmehr in ganz verschiedenen Zimmern und Stockwerken, sodass an einen im ganzen Hause verbreiteten Infectionsstoff gedacht werden kann. Es waren zunächst 8 Knaben, welche in kurzen Zwischenräumen unter denselben Symptomen erkrankten. Die letzte Erkrankung datierte vom 22. II. Die Epidemie schien erloschen zu sein, als plötzlich am 9. III. in dem sogen. Kinderlazareth, welches vom Knabenhaus durch das dazwischenliegende Mädchen- und Schulhaus räumlich getrennt ist und in welchem gewöhnlich Knaben und Mädchen mit schweren Infectionskrankheiten untergebracht werden, ein Knabe die Symptome einer rechtsseitigen Submaxilariitis zeigte. In Zwischenräumen von je 2 Tagen erkrankten in diesem Haus noch 3 Knaben unter denselben Erscheinungen. Das Heimischwerden der Krankheit in diesem neubefallenen Gebäude, dessen Dienstpersonal (Pflegerinnen) mit demjenigen des Knabenhauses (Wärter) dienstlich

Digitized by Google

gar nicht in Berührung kommt, wird, wenn man von der Annahme eines in der Luft verbreiteten Infectionsträgers absieht, am besten wohl durch den Umstand erklärt, dass aus dem Knabenhaus ein Kind eines heftigen Gelenkrheumatismus wegen ins Lazareth verlegt werden musste. Als der Gelenkrheumatismus schnell zur Heilung gekommen, erkrankte der Knabe später an der Submaxillariitis. Die Verlegung erfolgte am 26. II., die neue Mumpserkrankung am 9. III. Auch in dem zuerst befallenen Gebäude war die Epidemie noch nicht ganz zur Ruhe gekommen, da am 16. III. noch 4 Knaben fast unmittelbar nach einander unter denselben Erscheinungen erkrankten. Man hatte es also gewissermassen mit 2 zeitlich getrennten Epidemien zu thun, während welcher je 8 Knaben befallen waren. Sehr interessant ist, was bei Epidemierecidiven ja bisweilen beobachtet wird, dass die 2. Epidemie wesentlich milder auftrat, sodass der epidemische Charakter dieser späteren Drüsenaffectionen vielleicht gar nicht offenbar geworden wäre, wenn nicht die 1. Epidemie gewesen wäre. Während die Abendtemperatur der Pat. der 1. Periode 38—39 °, 1mal sogar 40,6 ° betrug, zeigten die Pat. der 2. Periode nur minimale Temperaturerhöhung (37,6—37,8 °), einige blieben ganz fieberfrei; auch die Anschwellungen im Gesicht waren wesentlich geringer. Das Alter der Pat. betrug 6—15 Tage. Keiner der Pfleger und Pflegerinnen erkrankte irgendwie, auch das zwischen Knabenhaus und Lazareth liegende Mädchenhaus, sowie die in letzterem untergebrachten Mädchen blieben verschont, nur Knaben acquirierten das Leiden! Das Allgemeinbefinden der Pat. der 1. Periode war sichtlich gestört: alle klagten über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Frostgefühl, Schmerzen beim Kauen und Mundöffnen; zu gleicher Zeit machte sich eine Anschwellung am inneren unteren Unterkieferrande bemerkbar. Bei den Pat. der 2. Periode waren die allgemeinen Störungen nur wenig ausgesprochen. Die Temperatur stieg in der 1. Periode bei einigen Pat. während der ganzen Dauer der Anschwellung, also 12—14 Tage hindurch, auf ca. 38 °, bei einigen Pat. hielt das Fieber nur 3—7 Tage an, nur in 2 Fällen stieg es über 39 °. Wurden die Drüsen der anderen Seite befallen, so stieg auch meist die Temperatur. 8 mal (also in 50 %) wurde 1—9 Tage nach der ersten auch die Submaxillardrüse der 2. Seite ergriffen, 6 mal wurde, etwa 2—3 Tage nach Ausbruch der Krankheit, die Parotis in Mitleidenschaft gezogen. Anschwellungen der Hoden kamen nicht vor, wohl aber klagten 3 Pat. von selbst über heftige Schmerzen daselbst, die sich jedoch nach Hochlagerung des Organs sofort verloren. Die Anschwellung um die Drüse war in der 1. Periode ziemlich stark, sodass das Gesicht vollständig den für Mumps charakteristischen Ausdruck bekam; zur Rückbildung brauchte die Schwellung 10—14 Tage. Complikationen und Nachkrankheiten kamen nicht vor.

---

251) **Tavel.** Ueber die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 30.)

Ueber die Aetiologie dieser Schwellungen gehen die Meinungen noch weit auseinander. Während manche leugnen, dass entzün-

Digitized by Google

dungserregende Keime hier eine Rolle spielen, huldigen andere dieser Ansicht, z. B. Wegner, der annimmt, dass die Bacterien durch oberflächliche Hautverletzungen in die Geschwulst eindringen: „diese Eingangspforten sollen entweder auf rein traumatischem Wege entstehen oder auch dadurch, dass blasig ausgedehnte Lymphkapillaren, wie z. B. an den Papillen der Zunge, nachdem sie die Grenzen des Bindegewebes und Epithels durchbrochen haben, in letzteres hineingehen und so schliesslich an der Oberfläche bersten.“ Für diese Lymphangiome sind sicherlich auch die Schleimhäute, und zwar wahrscheinlich oft die normalen Schleimhäute eine Eintrittspforte für Mikroorganismen, die unter normalen Verhältnissen einfach zu Grunde gehen, die aber beim Passieren von abnormen Lymphwegen günstige Verhältnisse finden und zur Entwickelung gelangen. Gerade bei Lymphangiomen der Halsgegend kommen hier die Schleimhäute der oberen Teile des Respirations- und Verdauungstractus in Frage, von welchen man weiss, dass sie normaliter der Sitz von Streptokokken sind. Dies setzt natürlich einen Zusammenhang des normalen Lymphgefässnetzes mit dem pathologisch veränderten voraus. In vielen Fällen ist nun dieser Zusammenhang bei einiger Aufmerksamkeit nachzuweisen, so in dem T.'schen Falle, den dieser folgendermassen beschreibt:

Pat. ist ein 4 Monate alter Knabe. Bei der Geburt soll das Kind einen grossen rechtsseitigen Kropf gehabt haben, der auf Jodkalibehandlung zurückging; es entstand aber bald nachher eine Schwellung auf der linken Halsseite unter dem Unterkiefer, die stets zunahm. Anfangs März 1894 hat die Geschwulst ohne weitere Ursachen stärker zugenommen, und es haben sich Atembeschwerden eingestellt, die aber wieder zurückgingen. Ende März hat Pat. etwas Bronchialkatarrh; die Geschwulst nimmt wieder zu, das Kind fieberte etwas. T. wird zur Consultation zugezogen.

Status am 1. IV. Die Geschwulst hat eine unregelmässige Oberfläche, reicht vom Unterkiefer bis zur Clavicula und vom Kehlkopf bis etwas hinter den Proc. mastoideus. Die Consistenz derselben ist weich elastisch, stellenweise etwas härter; bei Druck bemerkt man eine leichte Abnahme im Umfange der Geschwulst; der Druck ist stellenweise, besonders direct unter dem horizontalen Kieferast, empfindlich und verursacht Schreien. Das Kind hält den Kopf nach rechts gedreht und atmet in dieser Lage entschieden besser, obgleich auch so eine deutliche stenotische Atmung zu bemerken ist. Eine Punction der Geschwulst ergiebt eine fast klare, leicht opalescierende, farblose Flüssigkeit, die mikroscopisch nur einige Leukocyten und Pflasterepithelien enthält. Beim Kochen gerinnt die Flüssigkeit sofort; die schon vorher auf Lymphangiome festgestellte Diagnose wird dadurch bestätigt.

Es wird beschlossen, den acuten Schub und die Bronchitis vorübergehen zu lassen und dann die Entfernung der Geschwulst vorzunehmen. In den folgenden Tagen nimmt die Geschwulst wieder ab, das Kind befindet sich ohne weitere Therapie wohler. Am 8. IV. Morgens ist das Kind noch wohl, am Abend aber bekommt es eine heftige Dyspnoë, und während der Nacht musste wiederholt wegen Erstickungsgefahr der Kiefer zur Erleichterung der Atmung vorgezogen werden. Am 9. ist der Zustand immer noch sehr schlecht, das Kind atmet schwer, die Geschwulst hat stark zugenommen. Am 10. ist die Atmung wieder besser, die Geschwulst wächst nicht mehr, die härtere Stelle unter dem Kieferwinkel ist noch empfindlicher; am Abend Temp. 38,7°, Puls 152. Trotz des sehr bedenklichen Zustandes wird die Excision der Geschwulst, die jetzt dringend indiciert erscheint, ohne vorherige Tracheotomie beschlossen.

Am 11. IV. Morgens Temp. 36,7°, Puls 128. Operation. Chloroformnarkose. Bogenschnitt mit Convexität nach unten, unter dem Kinn in der Mittellinie beginnend; der tiefste Punkt des Lappens liegt in der Höhe des Cricoknorpels, der Schnitt geht bis zum Proc. mastoideus. Die Geschwulst wird auf den ganzen vorderen Umfang von der Haut leicht gelöst; die Lösung der Ge-

Digitized by Google

schwulst vom Larynx und vom Oesophagus bietet schon mehr Schwierigkeiten; gleich nach der Lösung ist aber die Atmung viel besser; auch gegen den Rachen zu ist die adhärente Geschwulst nicht leicht abzupräparieren; nach unten reicht der Tumor bis zum Bulbus, ohne mit ihm verwachsen zu sein, sodass hier die Lösung ohne Schwierigkeit auszuführen ist. Nach hinten reicht die Geschwulst bis hinter den Sternocleidomastoideus, und es erscheint vorsichtiger, 2—3 kleine getrennte Cysten, die hinter dem Muskel fühlbar sind, zurückzulassen, da die Excision derselben die Anlegung eines neuen Schnittes benötigt hätte, und der sonstige Zustand des Kindes die Verlängerung des ohnehin schweren Eingriffs nicht wünschenswert machte. Nach Entfernung der Geschwulst, die die Unterbindung der Thyreoidea super., der Lingualis und der Faciales erforderte, lag die Carotis communis auf eine lange Strecke frei. Unter derselben und unter dem Vagus fühlt man noch eine gespannte Cyste, die mit der Arterie und dem Nerven so verwachsen ist, dass eine Excision unmöglich erschien, weshalb von vornherein darauf verzichtet und die Cyste mit einem kleinen Messer punctiert wurde; es entleert sich schleimiger Eiter, der aufgefangen wird. Salz-Sodalösungirrigation, keine Antiseptica, Drainage der vereiterten Cyste und Tamponade der Wunde mit Thymolgazestreifen in der Umgebung des Drains. Naht der Wunde bis auf einige cm in der Mitte.

Heilungsverlauf sehr einfach. Höchste Temperatur bis zum 24. IV. war 36°, während am Abend vorher noch eine Temperatur von 38,7° bestand; auch der Puls bewegte sich nur zwischen 100—120. Am 13. wurden die Tampons weggenommen, am 14. die Drainage, es eiterte noch einige Tage im Drainkanal; am 28. sistierte jede Sekretion, das Kind nahm rasch wieder zu.

Interessant ist die Thatsache, dass die hinter dem Sternocleidomastoideus zurückgelassenen Cysten spontan vollständig zurückgingen.

In diesem Falle war die Communikation der Geschwulst mit dem Lymphsystem aufs Deutlichste zu sehen, indem vom Larynx her ein grosses Lymphgefäss in den oberen vorderen Pol der Geschwulst eindrang; ferner war am hinteren Umfang der Geschwulst während der Operation ein federkieldickes Gefäss zu sehen, das bei der Exstirpation sich stark blähte und bei der Inspiration zusammensank; die Blähung dieses Gefässes war zeitweise mit einer Zunahme der Geschwulst verbunden. Zuerst glaubte T. wegen der Richtung und Lage an die Jugularis interna. Die Narbe aber, ferner die Constatierung, dass das Gefäss sich in der Geschwulst verlor, liessen doch die Annahme eines Lymphgefässstammes als wahrscheinlich gelten; die Unterbindung des Gefässes bestätigte dann, dass es sich um den Truncus jugularis handelte. Ausser der zurückgelassenen vereiterten Cyste unter der Carotis wurde noch beim Durchschneiden der excidierten Geschwulst eine vereiterte Cyste mit schleimig-eitrigem Inhalt am oberen Pol derselben, der empfindlichen Stelle unter dem Kiefer entsprechend, gefunden. Während der Operation wurde etwas Eiter aus der Cyste aufgefangen und nachher bacteriologisch untersucht. Im Eiter waren nur Diplo- und Streptokokken vorhanden. Die Impfungen ergaben eine Reincultur von Streptokokken. Hiermit war die Aetiologie der acuten entzündlichen Schwellungen in diesem Falle erklärt.

Wie inficierten sich aber die Cysten? Kann man, nach der Hypothese von Wegner, annehmen, dass die Kokken durch oberflächliche Verletzung der Haut eingedrungen sind? Diese Annahme erscheint etwas gewagt. Man kann sich schwer vorstellen, dass Kokken durch die multiloculäre Cyste bis in die tiefste Cyste durchgewandert sind, während die bei der Operation gefundenen Verhältnisse, und zwar die zuführenden Lymphwege am oberen Pol, die Communikation der Geschwulst mit dem normalen Lymphgefässsystem, die Wahrscheinlichkeit sehr plausibel machen, dass die Infection

Digitized by Google

durch die Vermittelung des Plexus jugularis stattfand und vom Mund oder dessen Nebenhöhlen herkam. Es ist auch hier sehr interessant zu konstatieren, dass eine einfache Punction der Geschwulst über die Aetiologie der entzündlichen Schwellung keinen Aufschluss geben konnte, indem die inficierten Teile einer derartigen Untersuchung ganz unzugänglich waren. Man wird auch zugeben müssen, dass, wenn eine derartige Geschwulst nur an einzelnen Stellen sich inficiert und die Infection dort lokalisiert bleibt, es noch unwahrscheinlicher ist, dass die Infection die Grenzen derselben überschreitet.

Man wird sich wundern, dass im obigen Falle die Desinfection der Wunde, welche durch die Eröffnung der inficierten Cyste unter der Carotis ebenfalls inficiert werden musste, so wenig berücksichtigt worden ist, da eine Salzsodalösungirrigation selbstverständlich gar nicht imstande ist, eine Abtötung der in die grosse Operationshöhle eingedrungenen Streptokokken zustande zu bringen. T. ging hier von dem Gesichtspunkte aus, dass die Nähe eines Infectionsherdes durch die allmähliche Bacteriendiffusion einen gewissen Grad von lokaler Immunität herbeigeführt, sodass bei nicht geschädigten Geweben dieselben der Wirkung der Streptokokken Stand halten; T. hat diese Erfahrung schon mehrfach bei anderen Infectionsherden gemacht, so bei Osteomyelitis, wo er principiell nach breiter Eröffnung der Höhle nie antiseptische Irrigationen vornimmt und dabei die Beobachtung machte, dass die Wundheilung immer einen viel glatteren Verlauf nimmt, als nach einer Desinfection à outrance, die gewöhnlich die Gewebe schädigt, ohne die Kokken abzutöten. Auch der obige Fall bestätigte diese Erfahrung.

---

252) **Hutinel.** Behandlung des Soors bei Säuglingen.

(Revue internat. de thérap. et pharmacol. 1899 No. 6. — Wiener medic. Blätter 1899 No. 33.)

Nach H. bilden Spülungen des Magens mit Vichy-Wasser eine wirksame Behandlungsmethode des Soors bei Neugeborenen. Eine ausschliessliche lokale Behandlung der Mundhöhle wirkt nur palliativ, die Ursache des Uebels wird dadurch nicht beseitigt. Eine begünstigende Ursache zur Entwickelung des Soors ist die saure Beschaffenheit des Mundsekrets, welche nach H. häufig von einer Säuredyspepsie abhängig ist. Auf seiner Abteilung im „Spital des Enfants-Assistés" behandelt H. den Soor der Neugeborenen ausschliesslich mit Magenspülungen mit Vichy-Wasser, und seit 3 Jahren war er mit dem Erfolg stets zufrieden. Zweimal täglich wird eine weiche Nélaton-Sonde No. 20 eingeführt und dieselbe durch ein Ansatzstück aus Glas mit einem Kautschukschlauch und einem Trichter verbunden. Die Sonde ist leicht einzuführen, nur muss man schonend vorgehen und aufpassen, dass man nicht in die Trachea gelangt, was durch einen heftigen Hustenanfall und Atemnot sich sofort kundgiebt. Ist die Sonde in den Magen gelangt, so giesst man 180 g Vichy-Wasser durch den Trichter ein und durch nachträgliches Senken des Trichters entleert man den Mageninhalt. Die Procedur

Digitized by Google

wird ein 2., wenn nötig ein 3. Mal wiederholt, worauf man die Sonde zurückzieht und dem Kinde zu trinken geben kann. Am 2. Tage kann bereits eine deutliche Besserung wahrgenommen werden; leichte Fälle sind nach 3 Tagen gewöhnlich geheilt; bei schweren Fällen dauert die Behandlung selten mehr als 6 Tage. Neben den Magenspülungen wird jede lokale Behandlung unterlassen.

---

253) **J. Widowitz** (Graz): Ueber die Koplik'schen Flecken bei Masern.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 37.)

Aus seinen Erfahrungen zieht W. folgende Schlüsse: Die sogen. Koplik'schen Flecke kommen in den meisten Fällen von Masern vor, und zwar treten sie in vielen Fällen vor, meistens jedoch zugleich mit den anderen Prodromalsymptomen auf. Ausnahmsweise werden sie auch bei Röteln und anderen Erkrankungen — W. fand sie bei Katarrhen des Respirationstractus und Angina follicularis — angetroffen. Dieselben sind daher ein sehr wertvolles, jedoch nicht absolut sicheres und verlässliches Frühsymptom der Masern, und ist es deshalb nicht statthaft, aus dem Vorhandensein der Flecke allein, ohne auf das Gesamt-Krankheitsbild Rücksicht zu nehmen, auf das Auftreten von Masern zu schliessen.

---

254) **Rolly.** Zur Frühdiagnose der Masern.

(Aus der Univers.-Poliklinik zu Heidelberg.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 38.)

R. hat bei einer grösseren Masernepidemie den Koplik'schen Flecken als Frühsymptom volle Aufmerksamkeit geschenkt, er fahndete auch bei anderen Krankheiten (Scarlatina, Diphtherie, Influenza, Angina, Pneumonie, Stomatitis etc.) nach ihnen, fand sie da aber nie. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt er zu folgenden Sätzen: „Recapitulieren wir nochmals kurz, so besitzen wir in den Koplik'schen Flecken ein untrügliches Symptom für die Frühdiagnose der Masern. Während es früher möglich war, auf Grund des Exanthems im Mund, Rachen, der vorhandenen Conjunctivitis etc. nur 1 bis längstens 2 Tage vor dem Ausbruch des Hautexanthems eine einigermassen sichere Vermutungsdiagnose zu stellen, ist es uns erlaubt, bei allen Erkrankungsfällen, in denen wir Koplik'sche Flecken nachweisen können, schon 4, ja 6 Tage vor dem Erscheinen des Hautexanthems mit Sicherheit Masern zu diagnosticieren. Bei denjenigen Erkrankungsformen dagegen, bei denen keine Koplik'schen Flecken vorhanden sind, wird es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit bei Begehung eines Fehlers von nur ca. 10 % um keine Masern handeln.

Digitized by Google

255) **H. Kraus.** Perichondritis laryngea bei Scharlach.
(Aus der Kinderklinik in Prag.)
(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 29/30.)

Diese Kehlkopferkrankung ist im Gefolge der Scarlatina selten. Stephenson teilt 3 Fälle von Larynxabscess bei Kindern mit, von denen einer 3 Wochen nach Scharlach auftrat. Es waren extralaryngeale Abscesse am Schildknorpel, die aber Stenosenerscheinungen verursachten (ob sich diese Fälle als Vereiterung der Lymphdrüsen oder der Bursa mucosa subhyoidea oder als Perichondritis deuten lassen, geht aus der Beschreibung nicht hervor). Rauchfuss fand unter 903 Fällen von Scharlach 4mal Laryngitis submucosa acuta, von Ergriffensein des Knorpels berichtet er nichts. Dagegen fand Franque in einem Falle eine Zerstörung der Cartilago thyreoidea nach Scharlach, und Leichtenstern beobachtete bei einer Scharlachepidemie unter 467 Kindern 2 tötlich verlaufende Fälle mit Necrose der Kehlkopfknorpel.

K. beschreibt genau einen solchen Fall, dessen Krankengeschichte er dann selbst folgendermassen zusammenfasst: „Ein an schwerer Scarlatina krankes Kind liegt 6—8 Tage schwer benommen und delirierend darnieder. Sobald das Sensorium freier wird und das Kind zu sprechen beginnt, wird starke, sich rasch steigernde Heiserkeit bemerkt. Bald treten auch Erscheinungen von Larynxstenose ein. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt Rötung und bedeutende Anschwellung in der Gegend des linken Aryknorpels und Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes. Zunehmende Stenose zwingt zur Intubation und als diese — wahrscheinlich infolge von Oedem der Plicae aryepiglotticae — ohne Effect bleibt, zur Vornahme der Tracheotomie. Die Annahme, dass ein Larynxabscess vorlag, erfuhr eine Bestätigung, als 24 Stunden nach der Operation plötzlich eine grosse Menge Eiter ausgehustet wurde, doch gab weder die Inspektion des Kehlkopfes, noch die Tracheotomie näheren Aufschluss über die Art und den Sitz des Abscesses. Die Differentialdiagnose zwischen submucösem Abscess und Perichondritis des Larynx ist überhaupt schwierig und unter Umständen gar nicht mit Sicherheit zu stellen. Der submucöse Abscess des Larynx — an und für sich selten — kommt daselbst noch am häufigsten an den aryepiglottischen Falten und am Kehldeckel zur Beobachtung, relativ selten dagegen findet sich ein submucöser Abscess ohne Perichondritis in den tieferen Abschnitten des Kehlkopfes. Da die Epiglottis und die Plicae aryepiglotticae in unserem Falle bei der Larynxinspektion nicht erheblich geschwollen gefunden wurden, die anhaltende totale Stimmlosigkeit, die Schwellung der Gegend des linken Aryknorpels und Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes ebenfalls auf einen tieferen Abschnitt des Kehlkopfes als Ausgangspunkt des entzündlichen Processes hinwiesen, so lag der Gedanke an ein Ergriffensein der Kehlkopfknorpel nahe. Die Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankung, des Status typhosus, in welchem sich das Kind befand, erhöhte noch die Wahrscheinlichkeit, dass eine Perichondritis laryngea vorliege. Die Section bestätigte unsere Annahme, gab jedoch keinen Aufschluss über die Entstehungsart des Abscesses, und es muss unentschieden bleiben, ob es sich um einen

Digitized by Google

der Abscesse handelte, die bei Scharlach „metastatisch“ an den verschiedensten Stellen vorkommen, oder ob die Entzündungserreger durch eine Continuitätstrennung der Kehlkopfschleimhaut ihren Weg ins submucöse Gewebe und zum Knorpel gefunden haben. Wie in einer grossen Anzahl derartiger Fälle, stellten sich auch bei unserem Pat. bald nach Durchbruch des Abscesses schwere Complikationen ein. Der in die Lungen fliessende Eiter, der durch den starken Husten in die feinsten Bronchien hinein gelangte, rief binnen kurzem die eitrige Bronchitis, die Pneumonie und das Empyem hervor. Die noch hinzutretende schwere Nephritis besiegelte das Schicksal des kleinen Patienten.“

---

256) **S. Borbély.** Sollen wir in der Praxis ausserhalb des Spitals bei croupöser Larynxstenose intubieren oder tracheotomieren?

(Ungar. medic. Presse 1899 Nr. 30/31.)

„Wir verfügen bis jetzt über kein Mittel, das den Croup coupieren würde; mit Zunahme der sich bildenden Pseudomembranen wächst die Stenose und beginnt die Gefahr der Erstickung. Nun müssen wir chirurgisch eingreifen und entweder tracheotomieren oder intubieren. Und in der That giebt es kaum dankbarere Operationen — wenn auch für den Moment — als diese beiden.

Die Ausführung der Tracheotomie erfordert viele Uebung und — gestehen wir es nur ein — in der Landpraxis auch einige Kühnheit. Die Eltern scheuen sich vor dem Blut, und so ist es kein Wunder, wenn der von O'Dwyer modificierte Kehlkopfkatheterismus allseits mit Freude begrüsst wurde, und es schien, als ob er wenigstens anfangs dazu berufen wäre, in der Mehrzahl der Fälle die Tracheotomie zu verdrängen.

Der Kehlkopfkatheterismus erfordert zwar auch einige Geschicklichkeit, doch besitzt er in der Landpraxis einen unbestreitbaren Vorzug, dass nämlich das Verfahren ein vollkommen unblutiges ist.

Die klinische Erfahrung hat nun gezeigt, dass auch die Intubation ihre Schattenseiten hat, durch die ihre Verbreitung oder besser gesagt ihre Verwendbarkeit in der Praxis ausserhalb des Spitals sehr beeinträchtigt wird. Diese Schattenseiten sind 1. Die Verstopfung des Tubus; 2. seine Expectoration; 3. der durch ihn verursachte Decubitus, den man noch am leichtesten verhüten kann, indem man von Zeit zu Zeit vorsichtig die Extubation macht.

Es ist jedoch ein Glück, dass der Decubitus in der Mehrzahl der Fälle erst nach sehr langem Liegen auftritt, so dass Fälle beschrieben wurden, wo der Tubus mehrere hundert Stunden im Kehlkopf verweilte, ohne einen Decubitus verursacht zu haben.

Die imminente Gefahr liegt ja nicht so sehr in dem Enstehen eines Decubitus, als vielmehr in der Exspectoration des Tubus und besonders in der Verstopfung desselben durch Pseudomembranen. Während die Exspectoration des Tubus nur ein Vorkommnis ist, mit dem die alte Suffocation wieder rückkehrt, vielleicht auch in gesteigertem Grade, und das Kind sie kurze Zeit erträgt, tritt die Erstickung bei der Verstopfung des Tubus momentan auf, das Kind erstickt,

Digitized by Google

wenn es den Tubus nicht exspectoriert oder wenn nicht rasch extubiert wird.

Und gerade deswegen tauchte die Frage auf, ob die Intubation ausserhalb des Spitals gemacht werden dürfe, ausgenommen, wenn der intubierende Arzt permanent neben dem Kranken bleibt (Bókay), was freilich in der Privatpraxis, wo der Arzt nicht nur einen Kranken hat, sozusagen unausführbar ist.

Diejenigen, welche die Intubation auch in der Praxis ausserhalb des Spitals für erlaubt halten, stimmen zumeist darin überein, dass, wenn auch der Operateur von dem Kranken sich entfernt, er nach einer halben Stunde bei der Hand sein müsse. Was geschieht aber (nehmen wir den Fall an) wenn der Arzt, sagen wir ein Kreisarzt, der, wenn er auch wollte, nicht permanent zu Hause sein kann, da er jeden Moment bereit sein muss abzureisen — nicht nach einer halben Stunde, sondern erst vier Stunden nach der Obturation oder der Exspectoration des Tubus nach Hause kommt.

Die Intubation hat also nur den Vorzug, dass sie ein unblutiges Verfahren ist, man scheut sich nicht vor ihr, endlich kann sie bei geringer Uebung leicht erlernt werden und unter geringer, selbst von Seite der Laien geleisteter Assistenz ausgeführt werden.

Sehen wir nun die Tracheotomie! Ihre Indication ist fast dieselbe als die der Intubation; doch ist ihre Ausführung schon schwerer. Nichtsdestoweniger mache ich sie auf Grund meiner Erfahrungen bei croupöser Larynxstenose viel lieber als die Intubation, wenn auch das Decanulement nach der Heilung oft auf so grosse Schwierigkeiten stösst, dass ihre Ueberwindung oft nur durch jene von J. Bókay empfohlenen Intubationen möglich wird, was an und für sich gleichfalls eine Spitalsbehandlung bedingt. Allein diese Intubationen können ganz ruhig im Spitale gemacht werden und giebt das Herausnehmen der Canüle keine solche dringende vitale Indication ab wie bei der Intubation.

Ich gebe der Tracheotomie auch noch deshalb den Vorzug, da man bei Fehlen von sachgemässer Assistenz stets leicht einen intelligenteren Menschen — im schlimmsten Fall eine Hebamme —. findet, die uns hilft, und zweitens sind wir nicht jenen schweren Vorkommnissen ausgesetzt wie bei der Intubation. Doch giebt es noch einen Hauptgrund und hierin wird jeder mit mir übereinstimmen.

Sowohl für den Kranken als für die Nachbehandlung giebt es eine weit bessere Prognose, wenn ich in einem vollkommen gesunden Gewebe einen Weg bahne, als zwischen kranken Geweben und Gewebsteilen.

Diese Thatsache ist eine unumstössliche Wahrheit, die für die Tracheotomie spricht.

Wenn wir die grösste Gefahr der Intubation, die Tubusobturation, mit der Obturation der bei Tracheotomie verwendeten Canüle vergleichen, so sehen wir, dass im ersten Fall bei Fehlen des Arztes das asphyctische Stadium beginnt, während bei der Tracheotomie eine aufmerksame Wärterin, ein Laie, mit der allerprimitivsten Handfertigkeit einfach die Canülenröhre herausnimmt und der Weg frei ist. Kann aber der Laie ebensoleicht den obturierten Tubus entfernen? Nein; die Extubation ist in diesen Fällen bei der grossen Unruhe des Kranken selbst dem Arzte sehr schwer, wenn wir den

Digitized by Google

Tubus „herausnehmen" und nicht „herausreissen" wollen, also ohne Gewebszerstörung den Akt vollführen wollen. Das ist eine Thatsache, vor der sich jeder Arzt beugen muss, der keine unter fortwährender ärztlicher Inspection stehende Abteilung besitzt.

Was ist also trotzdem die Ursache der so grossen Mortalität der wegen Croup Tracheotomierten? Hier müssen wir eine Schattenseite der Tracheotomie hervorheben, nämlich die Schluckpneumonie, die allerdings auch bei Intubation vorkommen kann. Ein Präservativmittel, wodurch verhütet werden soll, dass durch die bereits eingesetzte Canüle Fremdstoffe nicht aspiriert werden, besteht in der Bedeckung der Mündung der Canüle mit steriler Gaze. Ich glaube, dass es auch von grosser Wichtigkeit ist, streng auf die Reinheit des Instrumentes zu sehen, womit wir die Canüle reinigen und dass man mit einer nicht zu langen Feder manövriere, da sonst die Schleimhäute unter der Canüle schwer irritiert werden können.

Die zweite Ursache der grossen Mortalität besteht darin, dass die Kranken schon zu spät operiert werden, und damit drängt sich uns die Frage auf: Wann sollen wir tracheotomieren, um Erfolg zu erreichen? Nach meinen Erfahrungen operiert auf dem Lande der Chirurg erst dann, wenn das Kind absolut cyanotisch ist, die CO_2 Anhäufung ihr Maximum erreicht, die vitale Kraft des Kindes erschöpft ist, wenn das Herz bereits schlecht functioniert, der Kranke nahe seinem Ende ist: Kurz man wendet sich als ultimum refugium erst jetzt an den Chirurgen.

Selbstverständlich kann hier die Prognose nur eine schlechte sein. Wir sollen demnach vielmehr dann tracheotomieren, wenn wir sehen, dass die äussere Stenose auf medicinale Behandlung hin nicht nachlässt, ja sogar sich steigert, ohne dass sie jedoch jenes Stadium erreicht, wo bereits die Erstickung beginnt.

Ich halte für das beste, die Tracheotomia inferior zu machen; denn die anatomischen Verhältnisse, die Nähe des Kehlkopfes und besonders der Umstand, dass wir im Falle von absteigendem Croup so durch längere Zeit die freie Atmung versichern, spricht für diesen Modus der Operation.

Was noch die weitere medicinale Behandlung anbelangt, so ist der Kräftezustand des Kindes zu heben, stärkere Exspectorantien combiniert mit Wasserdampf, eventuell wenn nötig, Oxygeninhalationen anzuwenden.

Mit dem vielseits empfohlenen Pilocarp. mur. hatte ich nie einen guten Erfolg.

Zusammenfassend also, halte ich die Intubation nur dann für erlaubt, wenn: 1. der behandelnde Arzt fortwährend neben dem Kranken verbleiben kann, oder 2. wenn, wie Prof. Bókay empfiehlt, der Kranke ausserhalb des Spitals intubiert wird und daraufhin sofort in die Klinik überführt wird, wo permanente ärztliche Inspection ist.

Da nun dies in der Landpraxis nur in den seltensten Fällen durchgeführt werden kann, ist stets der Tracheotomie der Vorzug zu geben, deren Nachbehandlung und Erfolg nicht von so vielen und schweren Accidentien abhängt als die Intubation."


Digitized by Google

257) **M. Berend.** Sollen wir in der Praxis ausserhalb des Spitals bei croupöser Larynxstenose intubieren oder tracheotomieren?
(Antwort auf den Artikel des Dr. S. Borbély.)
(Ibidem.)

„Borbély giebt in der Privatpraxis der Tracheotomie den Vorzug! Audiatur et altera pars. Ich bin gerade der entgegengesetzten Meinung und halte — Ausnahmsfälle abgerechnet — in der Praxis ausserhalb des Spitals nur die Intubation für angezeigt.

Wenn wir die in der Privatpraxis gemachte Tracheotomie und Intubation miteinander vergleichen wollen, so thun wir dies am besten, wenn wir auf folgende Fragen antworten:

1. Zu welcher Operation entschliesst sich der praktische Arzt schneller und lieber und zu welcher Operation geben die Eltern schneller ihre Einwilligung?

2. Welche Operation ist schwerer, bei welcher können gefährlichere Complicationen auftreten, bei welcher ist die Nachbehandlung, besonders mit Rücksicht auf die fortwährende ärztliche Aufsicht, schwerer? Was die Heilungsverhältnisse anbelangt, so gesteht auch Borbély ein, dass sie bei der Intubation günstiger sind:

Ad I. Jeder weiss und ich glaube, auch Borbély concediert es, dass bei croupöser Laryngostenose der Arzt sich schwer zur Tracheotomie entschliesst, und zwar deshalb, weil er selbst nach gelungener Operation für Heilung nicht gutstehen kann, und so das Publikum den Todesfall auf Rechnung dieser schweren Operation, resp. des Operateurs setzt.

Ich kann Borbély vollkommen beistimmen, dass auf dem Lande der Operateur erst dann zu operieren beginnt, wenn die medicinale Behandlung erfolglos gewesen, das Kind bereits absolut cyanotisch ist, mit einem Wort, man wendet sich als ultimum refugium an den Operateur. Nun es kann gar kein Zweifel darüber bestehen, was die Umgebung eher erlaubt: Borbély sagt selbst, dass man sich vor der Intubation, als einem unblutigen Verfahren, nicht scheut und man lieber dazu seine Zustimmung giebt. Borbély gesteht also selbst ein, dass die Intubation schon dann gemacht werden kann, wenn noch keine CO_2 Vergiftung da ist und der Kranke nicht geschwächt ist. Das ist aber in der Privatpraxis einer der grössten Vorteile der Intubation über der Tracheotomie. Denn selbst der geübteste Chirurg wird bei nicht gehöriger Assistenz etc. einen exspectativen Standpunkt einnehmen, vielleicht geht der Process unter der Serumbehandlung zurück, vielleicht hustet das Kind die Pseudomembran aus, kurz: er verschiebt die Operation.

Wenn also die Sache so steht, dass Eltern und Arzt lieber zur Intubation greifen als zur Tracheotomie, ist der Intubation unbedingt der Vorzug zu geben.

Ad. II. Borbély gesteht selbst ein, dass „die Ausführung der Tracheotomie viel Uebung und einige Kühnheit erfordert,“ und von der Intubation sagt er, dass ihre leichte Handhabung einige Uebung fordert. An einer anderen Stelle wieder, dass ihr Vorteil darin bestehe, dass sie auch bei geringer Uebung leicht angeeignet werden

Digitized by Google

kann. Also als Operateur hält er die Intubation für leichter! So giebt Borbély selbst die Antwort auf die Frage, welche Operation die schwierigere sei. Aber ich gehe noch weiter und getraue mir zu behaupten, dass ich mir in der Privatpraxis kaum eine aufregendere, schwerer ausführbare und gefährlichere Operation denken kann, als eine Tracheotomie ohne gehörige Assistenz!

Borbély erwähnt hierbei die Hebamme; wir können doch von ihr keine sachgemässe Assistenz erwarten, umso weniger, als ich Borbély bemerken will, dass man eine Hebamme zu einem infectiösen Kranken nicht rufen darf! — — — Dann eine Tracheotomie an einem erstickenden Kinde! Die Venen sind ad maximum gefüllt, wenn wir den Kopf nach rückwärts biegen, steigern wir nur die Erstickung und setzen das Kind einer vollkommenen Asphyxie aus!

Borbély sagt nun: Operieren wir also schon früher! Warten wir nicht diesen Grad der Stenose ab! Werden aber die Eltern die Operation erlauben, wo noch keine imminente Gefahr da ist, und welcher Arzt wird es wagen, früher zu operieren?

Die Complicationen, die während der Tracheotomie auftreten und so deren Erfolg gefährden können, sind:

1. Grosse Blutung, die aus gefüllten Venen sehr häufig ist und die Orientierung erschwert, und

2. das dickere Fettpolster und die kleinere Prominenz des Pomum Adami bei Kindern, die ebenfalls die Orientierung beeinträchtigt; es wird ferner an die Operation auch durch die Dünnheit und Weichheit der Trachea sehr erschwert, so dass man einfach auf die Trachea nicht zuschneiden kann. Sehr leicht kann es geschehen, dass der Schnitt nicht in der Mittellinie geschieht, dann ist die Einführung der Canüle schwer und kann die Trachea eine Torsion erleiden.

Es können Nachblutungen auftreten, es kann vorkommen, dass wir eine Pseudomembran hinunterschieben und die Atmung nicht freier wird. Asphyxie kann während der Operation auftreten, und es giebt eine grosse Zahl von Fällen, wo der Kranke während der Tracheotomie auf dem Operationstisch geblieben ist, es tritt Herzlähmung ein, da der Kranke bereits in einem vorgeschrittenen Stadium der Erschöpfung sich befindet.

Was kann nun während der Intubation geschehen. 1. Der Tubus kommt statt in die Trachea in den Oésophagus, was selbst der Ungeübteste bemerkt; denn die Atmung wird nicht frei, daran hilft jedoch ein 2. ev. 3. Versuch; und selbst dann noch dauert das Ganze keine Minute. 2. Es kann geschehen, dass wir beim Hinabschieben des Tubus eine Pseudomembran mit hinunter schieben, die das Tubusende verschliesst und so ein Atmungshindernis abgiebt, oder 3. die vom Kind exspectorierten Pseudomembranen verstopfen den Tubus, so dass die Atmung noch schlechter als vor der Intubation wird; 4. es kann vorkommen, dass, wenn das Kind bereits asphyctisch gewesen, selbst nach Einführung des Tubus die Atmung nicht frei wird, da zäher Schleim vor dem unteren Ende des Tubus sich befindet.

Die Gefahr des Hinabschiebens von Pseudomembranen! Davor fürchtet sich jeder Intubierende! In der Wirklichkeit ist jedoch diese Gefahr nicht so ernst. Prof. Bókay sagt (1894), dass dies nur in den

Digitized by Google

geringsten Fällen verhängnisvoll wird. Die eingetretene Asphyxie kann man durch sofortige Extubation beseitigen, da die mobil gemachte Pseudomembran nach Herausnahme des Tubus sofort expectoriert wird. Wenn dies nicht eintritt, macht man künstliche Atmung, resp. secundäre Tracheotomie.

Ich kann nach 2000 Intubationen, die ich im Laufe von 7 Jahren machte, behaupten, dass man sich jetzt vor dem Hinunterschieben von Pseudomembranen überhaupt nicht zu fürchten braucht, denn die heutige Serumtherapie beeinflusst insofern die Verhältnisse, als jetzt bei weitem weniger so ganz vernachlässigte Fälle zur Beobachtung kommen als früher und die Lehre von der Intubation immer mehr ausgebildet wird.

In der Privatpraxis sind die Verhältnisse noch günstiger, da die Fälle früher zur Behandlung kommen und weder Arzt noch Eltern sich so vor einem Eingriff fürchten, wie früher. Und das ist besonders hinsichtlich des Hinabschiebens von Pseudomembranen sehr wichtig. Denn ich leugne es kurzweg, dass ein noch nicht geschwächtes Kind, bei dem die Stenose sich noch nicht der Asphyxie genähert, intubiert wird, unter den Händen eines geübten Arztes zu Grunde gehen kann; ich behaupte vielmehr, dass es zur secundären Tracheotomie nur in den seltensten Fällen kommt; denn wenn auch die Extubation das Atmungshindernis nicht beseitigt und das Kind die Pseudomembran nicht expectoriert, ist erst die Econvillonage am Platze und noch immer nicht die secundäre Tracheotomie. Die Econvillonage (Bayeux und Variot) besteht in einer mehrmaligen Ex- und Intubation, was so heftigen Hustenreiz hervorbringt, dass die Expectoration geschieht, ohne dass wir die von Bayeux empfohlene 5 % Menthol-Oel-Injection benützen brauchen.

Die secundäre Tracheotomie ist also heutzutage noch seltener als früher und kann bei einem geübten Operateur auf nicht mehr als ½ % gesetzt werden. Denn vergessen wir nicht, dass das, was man als Hinunterschieben von Pseudomembranen bezeichnet, es nicht immer, ja zumeist es nicht ist, was schon Bókay im Jahre 1894 im Anschlusse an Dillon Brown anerkennt, nach welchem hierbei rohe Versuche, Apnoe, als Folge der langdauernden Einführungsversuche, oder Asphyxie als Ursache der Todesfälle in Betracht kommen. Doch keineswegs darf die zumeist fictive Gefahr des Hinabschiebens von Pseudomembranen als gegen die Anwendung der Intubation in der Privatpraxis angeführt werden, denn das Hinabschieben von Pseudomembranen geschieht stets bei Einführung des Tubus, also in Gegenwart des Arztes; es sind also die Verhältnisse in der Privatpraxis dieselben wie in der Spitalpraxis. Als ein Haupt- und thatsächlich neues Princip für die Tracheotomie und gegen die Intubation gibt Borbély an, dass „bei Tracheotomie in einem gesunden Gewebe ein neuer Weg eröffnet wird, was für den Kranken und die Nachbehandlung viel günstiger Chancen abgibt, als wenn ich zwischen kranken Geweben und Körperteilen einen Weg bahne". Das ist zwar richtig, dass dies ein neues Argumentum ist, doch dass „jeder hierin mit ihm übereinstimmt" kann ich leider nicht concedieren, da wir bei der Intubation „keinen Weg" eröffnen, sondern eine präfor-

Digitized by Google

mierte Oeffnung erweitern, zwischen Gewebe wir überhaupt nicht dringen, wenn wir intubieren können.

Welches sind nun die Gefahren der Nachbehandlung bei der Intubation resp. Tracheotomie?

Die von Prof. Bókay vor der Serumtherapie gemachte Aeusserung, worauf sich auch Borbély beruft, dass nämlich „die Intubation in der Privatpraxis unter continuierlicher ärztlicher Aufsicht erlaubt ist", bin ich ermächtigt dahin abzuändern, dass er dies heute nicht immer für notwendig hält. Wir sahen oft Verstopfung des Tubus durch Pseudomembranen oder zähes Secret, doch ging deswegen der Kranke nie zu Grunde, ja selbst ärztlicher Eingriff ist nicht immer nötig. Wenn wir die Umgebung gehörig instruieren, an den beim Munde des Kindes heraushängenden Faden zu ziehen, wenn plötzlich Atemnot aufträte, kommt der Tubus und die ihn obturierende Membran heraus. Doch selbst dieser Eingriff ist zumeist unnötig, denn wenn die „vitale Kraft des Kindes nicht erschöpft ist", wird es selbst den Tubus und die Pseudomembran heraushusten.

Und ist es nun wahr, dass jetzt nach Entfernung des Tubus seitens des Kindes oder der Umgebung, sofort das asphyctische Stadium beginnt, so dass keine Zeit wäre den Arzt zu rufen? Wenn Borbély hierin Recht hätte, so hätte er gewonnenes Spiel. Allein er hat nicht Recht. Denn das asphyctische Stadium tritt nur dann rasch oder momentan auf, wenn 1. das Kind unter einem Jahre ist, und 2. wenn schon Decubitus entstanden ist. In solchen Fällen ist continuierliche ärztliche Aufsicht nötig, sonst jedoch nicht.

Jetzt sind wir dahin angelangt, um folgende Indicationen aufzustellen: In der Privatpraxis ist bei jeder croupösen Laryngostenose die Intubation zu machen. Wenn die Atmung vollkommen frei geworden, kann der Arzt nach einer $^1/_2$ Stunde den Kranken verlassen, dessen Hände gebunden werden, damit er sich nicht spontan extubieren könne. Geben wir den Eltern die Anweisung, dass, wenn das Kind den Tubus heraushustete, oder wegen neuen Atembeschwerden der Tubus herausgezogen werden musste, der Arzt sofort gerufen werden muss, der selbstverständlich von seinem Wohnort sich nicht entfernen darf. Ausnahme machen nur Kinder unter einem Jahre; solche darf der Arzt nicht verlassen.

Noch will ich der „Tubage intermittent" erwähnen, mit Hilfe deren wir wissen können, wie lange das Kind bei eventueller Expectoration des Tubus verbleiben kann. Weiss dies der Arzt, so kann er darnach seinen Besuch einteilen, resp. die Dauer seines Fernbleibens vom Kranken bestimmen. Und wenn Borbély diese versucht, wird er sehen, dass es 3—4 Stunden dauert, bis die Stenose von neuem gefährlich zu werden anfängt. In dem Zeitalter der Serumtherapie verringerte sich auch die Dauer der Intubation; vor der Serumtherapie betrug ihre Dauer 79, seit der Serumtherapie 61 Stunden; und damit ist auch die Gefahr des Decubitus sehr verringert. Wenn sich jedoch wirklich ein schwerer Decubitus ausgebildet hat, was sehr selten geschieht, so sind wir an der Grenze

Digitized by Google

der Anwendung der Intubation in der Privatpraxis angelangt und muss der Kranke entweder ins Spital transportiert oder sofort secundäre Tracheotomie gemacht werden. Doch welch ein riesiger Unterschied besteht zwischen dieser und der primären Tracheotomie! Die secundäre Tracheotomie kann man bei liegengelassenem Tubus, also ohne Stenose, wenn nötig, auch in der Narkose machen.

Noch eines möchte ich erwähnen. Das Decanulement ist nach der Tracheotomie viel gefährlicher und schwerer durchzuführen in der Privatpraxis, als die Intubation. Ein intubiertes Kind getraue ich mich zu verlassen, doch keine Minute darf ich ein im Decanulement befindliches Kind verlassen, denn in einer Minute kann die schwerste Asphyxie auftreten, und halte ich es meinerseits für einen Kunstfehler, wenn der Arzt, wenn auch nur eine Secunde lang, seinen Patienten verlässt.

Meine Schlussfolgerung ist also hinsichtlich der Privatpraxis, dass: „stets der Intubation der Vorzug zu geben ist, deren Nachbehandlung und Erfolg von nicht so vielen und schweren Accidentien abhängt, als die Tracheotomie.“

---

258) **M. Kassowitz.** Ist der Bacillus Löffler dem Menschen gefährlich?

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 38.)

Den Anlass zu einer neuerlichen Aufwerfung dieser hochnotpeinlichen Frage gaben K. einige Untersuchungen über den „Diphtheriebacillus“, welche vor kurzem bekannt geworden sind.

Die eine derselben stammt aus einem Londoner Infectionsspitale und wurde von Todd unter Controle und Mitwirkung des bekannten Bacteriologen Washbourn ausgeführt. In diesem Spitale herrschte auf den Scharlachzimmern durch längere Zeit unter den Reconvalescenten eine endemische Rhinitis ohne Membranbildung, ohne Drüsenschwellung, ohne Fieber und ohne Störung des Allgemeinbefindens, aber in allen 51 Fällen ohne Ausnahme mit einem positiven Befunde von echten Löffler-Bacillen. Dass es sich dabei wirklich um den besagten Organismus handelte, geht aus folgenden Umständen in unzweifelhafter Weise hervor:

1. Der Bacillus selbst zeigte die bekannten morphologischen Charaktere des Löffler-Bacillus.
2. Er säuerte bei seiner Cultur den alkalischen Nährboden.
3. Er wuchs auf erstarrtem Blutserum, auf Löffler'schem Serum, auf Gelatine, Agar und Kartoffeln in so charakteristischer Weise, dass die Culturen unmöglich von jenen zu unterscheiden waren, welche man auf denselben Nährböden von einem Material gewonnen hatte, welches einem sicheren, von Lähmungen begleiteten Diphtheriefalle entnommen worden war.
4. In sechs Fällen wurde auch die Virulenz der Culturen für Meerschweinchen geprüft, in allen Fällen unterlagen die Tiere unter den bekannten Erscheinungen und zeigten den für die „Injectionsdiphtherie“ dieser Tiere charakteristischen Obductionsbefund.
5. In zwei Fällen wurde auch die entscheidende Serumprüfung

Digitized by Google

vorgenommen, und es ergab sich, wie nach dem Vorausgehenden zu erwarten war, dass die gleichzeitige Einspritzung des Antitoxins den Tod des Tieres verhinderte.

Es kann also nach alledem kein Zweifel darüber herrschen, dass man hier den echten und leibhaftigen Löffler-Bacillus vor sich hatte, welcher von der jetzt herrschenden Lehre als der Erreger der Diphtherie proclamiert wird, und obwohl es sich in allen Fällen um Kinder handelte, also um Individuen, welche erfahrungsgemäs in hohem Grade für diese Krankheit disponiert sind, erkrankte doch kein einziges derselben an Nasen- oder Rachendiphtherie, es kam kein einziger Fall von Croup und niemals eine diphtheritische Lähmung zur Beobachtung. Der angebliche Erreger der Diphtherie war also nicht nur ausserstande, auch nur ein einziges Mal das Gesamtbild der Diphtherie zu erzeugen, sondern er brachte es nicht einmal zu der Andeutung eines Einzelsymptoms dieser Krankheit, und auch davon war keine Rede, dass bei den zahlreichen Kindern, die mit den Trägern dieser Bacillen verkehrten, auch nur einmal eine diphtheritische Erkrankung hervorgerufen worden wäre. Mit einem Worte, der so gefürchtete Bacillus erwies sich während der ganzen 18 Monate, während deren die Rhinitis auf diesen Krankenzimmern endemisch herrschte, soweit es sich um Menschen und nicht um Meerschweinchen handelte, als jener harmlose Saprophyt, für den er bereits seit einiger Zeit von einer, vorläufig allerdings noch kleinen, Minorität der Bacteriologen angesehen wird.

Eine ähnliche Erfahrung machte Sörensen in Kopenhagen bei den Insassen seiner Scharlachpavillons. Er fand nämlich im Verlaufe von drei Jahren bei nicht weniger als 326 Scharlachkranken oder Scharlachreconvalescenten den Löffler-Bacillus, und als er in den letzten Jahren regelmässige Virulenzprüfungen an Meerschweinchen vornehmen liess, ergab sich überaus häufig die volle Virulenz dieser Bacillen (z. B. unter 79 Fällen 58 Mal). Trotzdem kam es in keinem einzigen Falle zur Entwicklung einer klassischen Diphtherie. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (85 pCt.) zeigte sich überhaupt gar keine Krankheitserscheinung. In den übrigbleibenden 15 Procent fanden sich Beläge im Rachen, welche für die meisten Fälle ausdrücklich als leicht bezeichnet wurden; dass aber diese Beläge durch die Bacillen hervorgerufen wurden, dafür haben wir auch nicht den Schatten eines Beweises. Sicher ist nur, dass von diesen Hunderten von fast ausschliesslich kindlichen Individuen, welche das angebliche Diphtheriecontagium in seiner virulenten Form in sich aufgenommen hatten, kein einziges an Croup erkrankte und kein einziges jemals eine Lähmungserscheinung darbot, und, was das allerwichtigste ist: Wenn man von einem zweijährigen schwächlichen Mädchen absieht, das von einer Pneumonie (ohne Croup!) dahingerafft wurde, ist unter 326 Bacillenfällen kein einziger Todesfall vorgekommen, obwohl Serum im ganzen nur zwei Mal angewendet worden war. Und doch wissen wir, dass die im Kindesalter ohnedies in hohem Grade vorhandene Disposition für die Diphtherie durch eine vorhandene Scharlach- oder Masernerkrankung in ganz ausserordentlicher Weise erhöht wird, und dass die „secundäre“ Diphtherie, d. h. diejenige, die sich zu Scharlach oder Masern gesellt, in den meisten Fällen tötlich verläuft. Haben doch selbst

Digitized by Google

die enthusiastischsten Verehrer des Heilserums zugeben müssen, dass bei den secundären Diphtherieen die Mortalität trotz Serum eine erschreckend hohe geblieben ist. Und von allen diesen Gräueln ist auf einmal gar nichts zu entdecken. Auf der einen Seite einige hundert scharlachkranke Kinder — in 20 Fällen sogar Scharlach und Masern combiniert — auf der anderen Seite der vollvirulente „Diphtheriebacillus", der sich bei ihnen Eingang verschafft hat, und dennoch hat keines der Kinder auch nur den geringsten Schaden genommen.

Steht denn das Dogma, dass die Diphtherie des Menschen durch den Löffler-Bacillus hervorgerufen wird, wirklich so felsenfest, dass es durch nichts, aber auch durch gar nichts mehr erschüttert werden kann? Es war doch schon bedenklich genug, dass man diesen Bacillus bei 24 Procent der nicht diphtheriekranken Pfleglinge einer Kinderklinik (Charité) und bei 40 Procent der ambulanten Besucher eines Kinderspitales (Hôpital Trousseau) gefunden hat, ohne dass derselbe irgend eine schädliche Wirkung hervorgerufen hätte. Aber da konnte man sich noch dahin ausreden, dass die Bacillen auf den intacten Schleimhäuten keine Wirkung entfalten. Dann zeigte sich wieder, dass die virulenten Bacillen bei Anginen, auf Tonsillotomiewunden, nach der Operation von adenoiden Vegetationen, bei Aphthen, bei Noma, auf syphilitischen Geschwüren, ja selbst in den Cavernen von Phthisikern, also auf lauter kranken und wunden Schleimhäuten, gefunden werden, ohne dass irgend eine charakteristische Erscheinung der Diphtherie hervorgetreten war. Da hiess es dann wieder, diese Individuen sind nicht disponiert, sie sind in den Besitz von immunisierenden Substanzen gelangt. Aber hier sind nicht einmal diese so überaus gezwungenen Ausflüchte zu gebrauchen. Denn die Scharlach- und Masernkranken sind notorisch für die wirkliche Diphtherie in erschreckendem Maasse empfänglich, und auch die Schleimhäute waren nichts weniger als intact, denn in dem Londoner Spitale litten alle Bacillenträger an Rhinitis, und auch von Sörensen hören wir, dass die Bacillen besonders bei scrophulösen, mit Schlund- und Nasenkatarrh behafteten Kindern einen günstigen Boden zu finden schienen. Aber auf diesem günstigen Boden richteten sie keinerlei Schaden an; und doch sind diese vollkommen unschädlichen Bacillen das „Diphtherievirus", denn so wird es von allen Kathedern verkündet, so wird es in allen Lehrbüchern gelehrt.

Aber die Löffler-Behring'schen Doctrinen beginnen doch schon, wie verschiedene Aeusserungen auch von anderer Seite zeigen, zu wanken, und ihr gänzlicher Zusammenbruch wird vielleicht eher erfolgen, als man erwartet.

---

259) **N. Ketscher.** Ueber Sprachstörungen bei Abdominaltyphus.

(Bolnitschnaja gaseta Botkina 1899 No. 3/5. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

Die meisten Autoren sprechen nur von Aphasie bei Typhus, nicht aber von anderen Sprachstörungen. Solche der verschiedensten Art kommen aber in der That vor, angefangen von undeutlicher Sprache bis zum Stottern und

Digitized by Google

zur vollen Aphasie. K. hatte im Verlauf eines Jahres 5 solcher Fälle zu sehen Gelegenheit. Am häufigsten ist die einfache Undeutlichkeit, schlechte Artikulation, seltener das Stottern, das meist in letalen Fällen sich zeigt; die scandierte Sprache ist ebenfalls nicht gerade häufig, kommt nur in der Reconvalescenz vor; häufiger ist wieder die Aphasie, speziell die atactische, die meist bei Kindern, und zwar während der Reconvalescenz sich entwickelt. Die Ursache nicht nur der Aphasie, sondern auch der anderen Sprachstörungen bilden functionelle Störungen der Gehirnthätigkeit, Thrombose und Embolie der Arterien, Anämie und vielleicht degenerative Veränderungen.

---

260) **Hopmann.** Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 36.)

Unter Demonstration eines neuen Falles erörterte H. das Thema in der Vereinigung Westdeutsch. Hals- und Ohrenärzte zu Köln (16. IV. 99). Er hatte schon in der letztjährigen Versammlung 2 Pat. gezeigt, von denen der eine 6 Monate, der andere 6 Jahre zuvor die Radikaloperation eines umfangreichen Fibrosarcoms der Schädelbasis, eines sogen. harten Nasenrachenfibroms, ohne präliminare Eingriffe mit gutem Erfolg überstanden hatten. Insbesondere sprach er sich damals noch gegen die vorgängige Spaltung des weichen Gaumens aus, weil sie keineswegs einen vollkommeneren Zugang zum Schädeldach schafft, als straffes Anziehen des Segels mittelst Drainröhren. Um letzteres bequemer ausführen zu können, hatte sich H. eine kleine Vorrichtung anfertigen lassen, einen „Velitractor". Auch beschrieb er damals sein Operationsverfahren, welches in möglichst stumpfem und vollständigem Ausheben der Geschwulst aus dem Periost und Knochen heraus, nötigenfalls unter Ausbrechen des letzteren, und in möglichst eingeschränkter Anwendung von Messer oder Schere besteht, nochmals. Trotzdem werden immer eingreifendere Präliminaroperationen beschrieben, so jüngst Aufklappen des entsprechenden Oberkiefers und Aufklappen der Nase in entgegengesetzter Richtung. Auch die temporäre Resection des harten Gaumens wird immer wieder als Voroperation warm verteidigt. Auch der Pat., den H. jetzt demonstrieren will, war vor nicht 2 Jahren bereits operiert worden, nachdem man ihm das Gaumensegel gespalten hatte. Der Pat. liefert nun den Beweis, dass diese Spaltung durchaus keine Sicherheit gründlicheren Operierens resp. des Vermeidens von Recidiven gewährt, zweitens zeigt er wieder, dass selbst umfangreiche Recidive harter Fibrosarcome der Basis cranii ohne Voreingriffe gründlich ausgerottet werden können, wobei rasche Wiederherstellung des Pat. zu erzielen ist. Denn es sind noch nicht 4 Wochen her, dass der damals äusserst heruntergekommene 11jähr. Knabe von H. von einem Basisfibrom befreit wurde, welches zu den grössten und breitbasigsten gehört, die H. bisher vorgekommen sind. Die Geschwulst hatte eine Länge von

Digitized by Google

ca. 16, eine Dicke von 6 cm und wog 76 g; Schnitte zeigten den ganz charakteristischen Bau des Fibroma durum.

Die Kranken- und Operationsgeschichte ist folgende:

Der Knabe hatte schon Jahre lang an zunehmender Verstopfung der rechten Nasenseite, später auch der linken, an undeutlicher Aussprache, an Atem- und Schlingbeschwerden gelitten, als Schwerhörigkeit, eitriger Ohrenfluss beiderseits und heftiges, periodisch immer wiederkehrendes Nasenbluten die Eltern veranlasste, eine Universitäts-Ohrenklinik aufzusuchen. Dort fand man als Ursache der Störungen einen Nasenrachenpolypen, den ein Prof. der Chirurgie im August 1897 nach Schlitzung des Gaumensegels exstirpierte, wobei eine äusserst profuse Blutung entstand. Die Spaltung des Segels war auf besonderen Wunsch des Leiters der Ohrenklinik noch deshalb vorangeschickt worden, um die Geschwulstbasis durch den nicht wieder vernähten Schlitz besser nachbehandeln zu können. Die Nachbehandlung erfolgte mittelst Galvanokauters, der einen über den anderen Tag fast 3 Monate angewendet wurde. Im Ganzen verblieb Pat. 116 Tage in klinischer Behandlung. Das Recidiv liess trotzdem nicht lange auf sich warten. Die Blutungen wurden wieder häufiger und reichlicher und entkräfteten den Knaben sehr. Als er zu H. am 20. III. d. J. kam, berichtete der Vater, Pat. sei längere Zeit wegen übergrosser Schwäche nicht imstande gewesen, zu stehen und zu gehen, weshalb die Reise von Woche zu Woche habe aufgeschoben werden müssen. Der Kranke war aufs Aeusserste abgemagert und anämisch, was sich nicht nur durch die profusen Blutungen, sondern auch durch die mangelhafte Ernährung erklärte, da die Schluckbehinderung ungewöhnlich gross war. Sie wurde durch einen halbhühnereigrossen Anteil des Polypen verursacht, welcher zwischen den beiden Hälften des Gaumensegels hindurch, mit welchen Verlötungen bestanden, in die Mundhöhle hineingewuchert war. Ausserdem füllte der Tumor den ganzen Nasenrachenraum und die Nasenhöhle aus. Sein vorderster Teil lag frei im rechten Nasenloch sichtbar vor. Der Tumor war von der rechten Hälfte der Schädelbasis ausgegangen. Beide Ohren eiterten; es bestand erhebliche Schwerhörigkeit, die Sprache war unverständlich.

Am folgenden Tage löste H. bei dem chloroformierten Kranken die schwächeren Verlötungen mit dem stumpfen, die stärkeren Verwachsungen mit Raspatorien vom Velum, der seitlichen Pharynxwand, der lateralen Nasenwand etc. ab, indem er die Spitze der Instrumente nach Möglichkeit mit dem linken Zeigefinger controlierte und möglichst rasch vordrang. Nur 2 mal brauchte er mit einem Scherenschnitt nachzuhelfen, da sich die ganze Geschwulst bis zu ihrer Hauptinsertion am Schädeldach im Wesentlichen stumpf ablösen resp. aus den Knochen herausbrechen liess. Nun fasste H. mit einer kräftigen Resectionszange die Geschwulst und zerrte sie mit Drehbewegungen von ihrer Basis ab, wobei volle Kraft angewendet werden musste, da es sich um knorpelharte Substanz handelte. Kleinere Reste, Gewebsfetzen, Knochentrümmer wurden gleich hinterher herausgeholt, da keine Notwendigkeit zu einer Blutstillung vorlag. Die beiden Velumfetzen vereinigte H. durch einige Catgutnähte und tamponierte die grosse Wundhöhle von der Nase aus locker mit Jodoformmullstreifen. Tieflagerung des Kopfes und Campherinjectionen halfen in den folgenden Stunden der äusserst schwachen Herzthätigkeit nach, doch konnte von subcutanen Wassereinspritzungen abgesehen werden, da Pat. bald wieder schlucken konnte und reichlich Getränke zu sich nahm. Die Erholung erfolgte verhältnismässig schnell und ist heut, 26 Tage nach der Operation, bereits soweit gediehen, dass Pat. in einigen Tagen entlassen werden kann. Das Velum ist, wenn auch unregelmässig und mit starker Verkürzung, geheilt.

Die lokale Nachbehandlung besteht in lockerer Ausfüllung der durch Zerstörung des Septums, der Muscheln etc. zu einer grossen Höhle vereinigten beiden Nasenhälften mit Verbandmullstreifen, welche Morgens und Abends erneuert werden. Das hat den Zweck, die Sekrete aufzusaugen, flüssig zu erhalten und leicht fortzuschaffen, die sich sonst in Borken an den zerklüfteten Wandungen des geräumigen Innern festsetzen würden. Es hat aber noch einen weiteren, hochwichtigen Zweck. Infolge der ausserordentlichen Erweiterung der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes durch den Druck der Geschwulst, und

Digitized by Google

infolge des höchst mangelhaften Abschlusses des letzteren durch das verkrüppelte Gaumensegel, sind selbstredend Deglutition und Articulation in Mitleidenschaft gezogen. Lässt man die Nase frei, so dringen auch jetzt noch Ingesta, namentlich Getränke, beim Schlucken in die Nase ein; die Sprache aber ist durchaus unverständlich. Das Alles ändert sich mit einem Schlage nach selbst nur teilweiser, lockerer Ausfüllung der Nase. Alsdann kann der Knabe anstandslos selbst Flüssigkeiten hinunterschlucken, ohne dass diese regurgitieren. Seine Aussprache aber wird sofort gut verständlich. Letzteres nun erklärt sich nicht ohne Weiteres durch die Umwandlung der Rhinolalia aperta in Rhinolalia clausa. Analysiert man die Sprache bei offener Nase, so klingen fast alle Consonanten wie verwaschen; namentlich aber ist die mangelhafte Bildung resp. der Ausfall der S-Laute so erheblich, dass man von Sigmatismus sprechen kann. Aber auch die anderen Verengungs- und Verschlusslaute sind in ihrer Bildung beeinträchtigt. Sofort aber, wie die Einlagen in die Nase gemacht sind, werden alle diese Laute nahezu normal gebildet. Diese Erscheinung beobachtete H. zuerst bei einem Mädchen mit angeborener Gaumenspalte. Die Erklärung der Artikulationsstörung dürfte darin zu suchen sein, dass zur Bildung der Explosiv- und Stenosenlaute eine gewisse Spannung der Luft erforderlich ist. Bei weit offenstehendem Nasenrachenraum und sehr weiter Nasenhöhle kann aber der Ausatmungsluftstrom nicht so stark angestaut werden, als die Erzeugung genannter Laute dieses verlangt, da die Luft zum grössten Teil durch die Nase entweicht. Unter diesen Lauten sind die S-Laute die allerempfindlichsten, weshalb sie entweder ganz ausfallen oder nur rudimentär verschwommen hervorgebracht werden, bis dem Entweichen der Luft durch die Nase durch teilweises Ausstopfen derselben ein gewisser Widerstand bereitet wird.

---

261) **Zuppinger.** Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougierung einer Oesophagusstrictur vortäuschen kann.

(Aus dem Kronprinz Rudolf-Kinderspital.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 34.)

3¾jähr. Kind trank Ende Mai 1897 etwas Laugenessenz, wodurch es sich Verätzungen im Munde, Rachen und Oesophagus zuzog. Einige Wochen hernach hatten sich die Symptome hochgradiger Oesophagusstrictur entwickelt, und die Mutter brachte das Kind zur ambulatorischen Behandlung ins Spital. Z. begann zu bougieren. Anfangs war das nur mit Darmsaiten möglich, nach ca. 14 Tagen aber wurden schon anstandslos Milchspeisen genossen. So bougierte Z. auch wieder am 8. VIII. Das Kind ging dann mit der Mutter nach Haus, trank dort Milch und spielte mehrere Stunden mit Kameraden. Plötzlich begann es über Schmerzen in Kopf und Bauch zu klagen, erbrach öfters und bekam Fraisen. In später Abendstunde (Mittags war bougiert worden) wurde es moribund eingebracht, mit blassem Gesicht, halonierten Augen. Es litt an fast constantem Aufstossen und Brechreiz, war benommen und schrie zeitweise auf; die weiten Pupillen reagierten kaum. Abdomen mässig meteoristisch aufgetrieben, scheinbar sehr druckempfindlich; die genauere Untersuchung ergab jedoch allgemeine Hyperästhesie. Im Rachen geschwollene Tonsillen, über den Lungen Trachealrasseln, Respiration unregelmässig und beschleunigt, Herztöne rein, Puls 140, regelmässig, Temp. 38,8°. Therapie: Auf Kopf und Abdomen Leiter'scher Kühlapparat, intern Opium. Um ¼8 Uhr früh unter Convulsionen Exitus.

Digitized by Google

Die Section ergab als Todesursache Meningitis purulenta basilaris cum hydrocephalo interno acuto (die bacteriologische Untersuchung des Eiters zeigte, dass es sich um Staphylokokken-Infection handelte). Eine Verletzung im Oesophagus bestand nicht, ausser dem Schädelbefund überhaupt alles normal.

Dass die Meningitis purulenta den Menschen ohne Prodrome in bester Gesundheit überraschen und in 3—5 Tagen dahinraffen kann, ist bekannt; dass aber, wie hier, vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Exitus nur 12 Stunden verlaufen, dürfte doch recht selten sein. Nur Henoch beschreibt einen ähnlichen Fall. Abweichend von der häufigeren Lokalisation des purulenten Exsudats an der Convexität war hier die Basis bevorzugt, und während sonst bei solch stürmischen Fällen die Ventrikel in der Regel leer sind, fand sich hier beträchtlicher Hydrocephalus.

Selbstverständlich wurde von den Laien der Todesfall der letzten Bougierung in die Schuhe geschoben, obwohl das Kind danach noch ass und Stunden lang spielte. Der Arzt gerät bei einem solchen Spiel des Zufalls also gar leicht in eine kritische Situation. Hätte Z. ein paar Stunden später zufällig bougiert, so hätte auch er an nichts anderes als einen Durchbruch denken können.

---

262) **Krabbel.** Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organes.

(Aus der chirurg. Abteilung des Mariahilfsspitals in Aachen.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 36.)

Milzexstirpationen sind auch heute noch seltene Operationen, und ist die Mortalität der wegen Krankheiten (idiopathische oder leukämische Tumoren, Echinococcen, Cysten, Wandermilz etc.) ausgeführten Exstirpation resp. Resection noch eine recht hohe. Ungleich bessere Resultate ergab die Operation wegen Verletzung der Milz, besonders dann, wenn dieselbe mit Weichteilwunden compliciert war und die Milz prolabierte. Ledderhose berichtet über 10 Resectionen mit 10 Heilungen und 18 Exstirpationen mit ebensoviel Heilungen, Edler über 23 mittelst scharfer Instrumente beigebrachter Verletzungen mit ebensoviel Heilungen durch die Operation. Bei subcutanen Verletzungen tritt in der bei weitem grössten Anzahl der Fälle Tod durch Verblutung ein, und nur selten kann noch operativ Hilfe gebracht werden; immerhin sind bereits 13 Exstirpationen mit 7 Heilungen bekannt, eine Zahl, die bei dem sonst fast sicheren tötlichen Ausgang ermutigend wirkt. K.'s Fall ist nun folgender:

Ein gesunder Knabe von 9 $^1/_2$ Jahren fiel beim Herunterrutschen von einem Treppengeländer in halber Etagenhöhe hinunter und schlug mit dem Bauch auf eine Treppenstufe auf. Ob er auf die linke oder rechte Seite auffiel, weiss er nicht anzugeben. Das war am 10. VIII. um 4 $^1/_2$ Uhr Nachmittags. Er war nach dem Falle nicht bewusstlos, es trat jedoch 2mal Erbrechen auf, nicht blutig. Seine Klagen bezogen sich auf Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, in der Lebergegend und im Nacken. 2 Stunden nach dem Unfall Aufnahme. Pat. war bei Bewusstsein, äusserst blass, Haut kühl, Temp. 37°, Puls beschleunigt, noch von mässiger Höhe, Respiration angestrengt, anscheinend schmerzhaft, Gesichtsausdruck schwer leidend. An Herz und Lungen nichts Abnormes nachweisbar, Abdomen etwas gespannt, nicht sonderlich aufgetrieben, überall druckempfindlich, besonders

Digitized by Google

in der rechten Seite, in der Lebergegend, wohin Pat. auch selbst die grössten Schmerzen verlegte. Leberdämpfung vorhanden, in den unteren Partien des Abdomens mässige Dämpfung nachweisbar, beiderseits. Der mit dem Katheter entleerte Harn ziemlich reichlich, klar, ohne Blut. Obere Halswirbel etwas druckempfindlich, Bewegungen des Kopfes frei, aber schmerzhaft.

Als gegen 8 Uhr Abends der Puls kleiner geworden, die Schwäche grösser, und angenommen werden musste, dass das keine Shokerscheinungen mehr waren — dagegen sprach auch die Temperatur —, so entschloss sich K. zur Laparotomie, um die Quelle der inneren Blutung — um eine solche musste es sich höchstwahrscheinlich handeln, da wegen der vorhandenen Leberdämpfung eine Verletzung des Magendarmkanals auszuschliessen war — aufzusuchen. In Chloroformnarkose, die nachher durch Aether fortgesetzt wurde, öffnete K. den Leib in der Linea alba; es stürzte ihm eine Menge dunkelflüssigen Blutes entgegen, und zwar anscheinend unter der Leber her. In der Voraussetzung, einen Leberriss vor sich zu haben, machte K. noch einen Schnitt dem Thoraxrand entlang, um das Organ vollständig übersehen zu können. Aber die obere und untere Fläche der Leber erwies sich unverletzt, auch die rechte Niere war intakt, dagegen erschien die Milz in mehrere Stücke zerrissen. Die Blutung war unheimlich. Schnell schob K. die Eingeweide aus der Bauchhöhle heraus, um an die Milz herankommen zu können. 2 Stücke der Milz waren lose und konnten entfernt werden, das 3. grösste Stück hing noch am Hilus fest. Einen Augenblick hatte K. den Gedanken, diesen Teil zurückzulassen und die Blutstillung durch Naht oder Verschorfung zu versuchen. Aber die Blutung war so stark aus der Rissfläche, der Puls wurde kleiner, sodass K. auch dieses Stück, nachdem es am Hilus fest abgebunden, entfernen musste. Da in der Höhle noch immer eine geringe Blutung bestand, stopfte K. sie mit einem grossen Jodoformgazetampon fest aus, worauf die Bauchwände geschlossen und ein Verband ziemlich fest angelegt wurde. Nach der Operation war der Puls schlechter geworden, deshalb Kochsalzinfusion (1 Liter). Am 11. VIII. Temp. Morgens 37,4°, Puls klein (134). Urin war spontan gelassen, aber es hatte häufig Erbrechen stattgefunden. Letzteres hielt auch den Morgen noch an. Da K. nach fester Tamponade der Bauchhöhle, wie sie zur Stillung von Flächenblutungen bisweilen angewendet werden muss, fast stets mehrere Tage anhaltendes Erbrechen beobachtet hat, das nicht mehr auf die Narkose zu schieben ist und das nach Entfernung des Tampons in der Regel sofort sistiert, so zog er Mittags den Jodoformgazestreifen heraus; es sickerte noch reichlich Blut ab, K. entfernte einige Nähte und führte einen Gazestreifen lose nach der Milzgegend, einen zweiten legte er in den unteren Wundwinkel in die Tiefe, zur Ableitung, nicht zur Tamponade. Es wurde dann, um dem Erbrechen Einhalt zu thun, eine Magenausspülung gemacht und zur Kräftigung der Herzthätigkeit nochmals eine Kochsalzinfusion (600 g). Abends Temp. 38°. Puls 160.

Am 12. VIII. Morgens Temp. 36,4°, Puls 136. Erbrechen hat nachgelassen, Nachts Unruhe und Delirium. Abends 38,3°, Puls 160.

Am 13. VIII. Morgens Temp. 37°, Puls kräftiger, 120. Nachts guter Schlaf. Sensorium frei. Kein Erbrechen mehr, 2 mal im Laufe des Nachmittags spontane Stuhlentleerung. Abends Temp. 37,8°, Puls 124.

Am 14. VIII. Allgemeinbefinden gut. Herpes labialis; kein Erbrechen, Milch wird gern genommen und gut vertragen. Abends 37,6°, Puls 120. Von jetzt ab günstiger ungestörter Verlauf.

Am 15. VIII. wird ein Hämoglobingehalt von 60% festgestellt, die Zahl der Blutkörperchen betrug 2800000 rote, 9000 weisse.

Am 16. VIII. Entfernung des Gazestreifens.

Am 23. VIII. Hämoglobingehalt 65%, mikroskopischer Blutbefund normal, keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen.

Am 27. VIII. Hämoglobingehalt 65%.

Am 30. VIII. finden sich die Lymphdrüsen in der Cubitalgegend rosenkranzartig angeschwollen, beiderseits, ebenso die in der Leistengegend. In den nächsten Tagen nahm die Zahl und Grösse der Drüsen etwas zu. Glandula thyreoidea nicht geschwollen.

Am 9. IX. Hämoglobingehalt 74%, am 14. IX. sogar 80%. Das Befinden ausgezeichnet, Aussehen blühend, Appetit, Schlaf u. s. w. gut. Entlassung als wiederhergestellt.

Sicher kommen bei Bauchverletzungen Milzrupturen häufiger vor, als man denkt; besonders eine schon vorher erkrankte Milz kann schon durch geringfügige Veranlassung

Digitized by Google

reissen: Muskelcontraction der Bauchpresse und des Zwerchfells, Heben von schweren Lasten, Niessen, directer Druck aufs Organ kann letzteres verletzen. Obwohl Milzrisse nun sicher spontan heilen können (das beweisen bei der Section gefundene Narben!), so bildet ja, wenn man sich auch bei einem solchen durch die Blutung vielleicht enorm heruntergekommenen Pat. schwer zur Laparotomie entschliesst, doch diese das einzige Rettungsmittel. Wenn nach einer subcutanen Bauchverletzung überhaupt die Erscheinungen des Shoks, der doch nur einige Stunden anzudauern pflegt und mit Störungen des Sensoriums verbunden ist, vorüber sind, wenn der Puls bei erhaltenem Bewusstsein kleiner, der Gesichtsausdruck ängstlicher, die Atmung mühsam wird, wenn dann noch eine Dämpfungszone in den unteren Partien des Abdomens sich findet, so darf man mit dem Bauchschnitt nicht zögern.

---

263) **M. Berend.** Ein spontan geheilter Fall von Darminvagination.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 26/27.)

Wir wissen, dass das Kindesalter zur Entstehung von Invagination prädisponiert ist, und dass die Hälfte der Fälle von Darminvaginationen auf das Kindesalter fällt. In jedem Lehrbuche ist spontane Heilung solcher Fälle beschrieben, die durch Massage, Eingiessungen eintrat, oder auch so, dass das Intussusceptum sich ablöst, während das Intussuscipiens durch eine zu gleicher Zeit ablaufende adhäsive Entzündung zusammengeklebt wird. Die Ablösung und Entfernung des Intussusceptum geschieht auf dem Wege der Exfoliatio insensibilis, wo dann zum Darminhalt kleine, nekrotische Darmstücke sich mengen, oder aber der ganze Teil in toto abgeschieden wird.

Die bestehende Neigung zur Wiederholung und die nach der Heilung zurückbleibende Narbe kann noch nach Monaten nach Entfernung des abgelösten Teiles zur Entstehung von schweren, das Leben bedrohenden Darmstörungen führen, so dass die Prognose Monate lang nach der Ablösung noch eine zweifelhafte bleibt quoad completam sanationem, es kann z. B. Stenose des Darmes auftreten etc.

Die Krankengeschichte des von B. beobachteten Falles ist folgende:

Der bis dahin gesunde 8jährige Knabe entleerte nach einer zweitägigen Obstipation einen blutig-schleimigen Stuhl. Seitdem hatte er keine Entleerung. Der Kranke erschien in der Ambulanz am 4. Tage der Erkrankung, zwei Tage nach Entleerung des blutigen Stuhles. Der Knabe bricht seit einem Tage, ist sehr matt, sein Gesicht ist blass, Augen eingefallen, Puls leer und schnell, 100 in der Minute. Kein Fieber. Der Bauch mässig gebläht, in der Nabelgegend spontan und auf Druck empfindlich, ileocöcales Gurren und Hervorwölbung in der Magengegend. Die Pecrussion über dem Bauche ergiebt tympanitischen Schall; infolge der stärkeren Spannung der Bauchwand ist die Palpation sehr erschwert; Resistenz oder ein empfindlicher Tumor ist nicht zu tasten. Diagnose: Invagination, wahrscheinlich Dünndarminvagination. Der Knabe wurde also zur Operation am nächsten Tage vorbereitet. Bis dahin machte B. mit dem Oser'schen Obturator eine Darmirrigation, und es entleerte sich ein von Blutgerinnsel vollkommen umschlossener toter Ascaris.

Am andern Tage war der Bauch weicher, seine Empfindlichkeit hörte auf, und es nahm auch das Erbrechen ab. Es wurde mit Sennadecoct neuerdings eine Darmirrigation gemacht, und entfernten sich einige Blutstücke, eine Stunde darnach auch ein blutiger brauner, Stuhlteile enthaltender Klumpen; es wurde vorderhand

Digitized by Google

von der Operation abgestanden und ausschliesslich ein antiphlogistisches Verfahren eingeschlagen. Am 5. Tage nach der Aufnahme, also am 9. Tage der Erkrankung, ging ein 50 cm langes Darmstück ab, das einem Teil des Ileum und dem dazu gehörigen Mesenterium entsprach. Der Darm war schiefergrau verfärbt, seine beiden Enden gangränös.

Der Kranke kam nun rasch zu sich, doch entleerte er noch 2—3 Wochen lang, catarrhalischen, dünnen breiigen Stuhl. Nun sind 5 Monate nach der Erkrankung verstrichen, die Darmfunktion ist vollkommen normal, das Befinden des Kranken und sein Ernährungszustand ein vollkommen befriedigender.

Der Fall ist nach mehreren Richtungen hin interessant. Während sonst 14—21 Tage bis zur Entleerung des abgelösten Darmteiles verstreichen, trat diese hier in 9 Tagen auf. Das interessanteste ist jedoch, dass schon am 3. Tage der Erkrankung das Absterben geschehen musste, ohne dass dieses schwerere Symptome erzeugt hätte; Schmerzen bestanden während des ganzen Verlaufes nicht. Man muss in der That die Frage aufwerfen, ob B., wenn, wie geplant, er am 4. Tage den Eingriff machte, nicht während des Suchens des invaginierten Darmstückes die Trennung der eben damals zusammenklebenden Darmteile vollführt und so eine allgemeine Peritonitis erzeugt hätte? Man muss dies nur bejahen; denn es ist eine Erfahrungsthatsache, dass ein, ja sogar zweitägige Darmzusammenwachsungen leicht getrennt werden können, und war es unter dem gegebenen Umstand begründet, dass B. trotz der festgestellten Diagnose mit dem Eingriffe sich nicht beeilte.

Interessant ist ferner die rasche Heilung. Während in den meisten Fällen viele Wochen nach der Ablösung Schmerzen bestehen, ja die Heilung noch 2—3 Monate in Anspruch nimmt (Böttcher, Brydon), trat die Heilung in obigem Falle innerhalb einiger Tage ein.

---

264) **E. Siegel.** Ueber das primäre Sarcom des Dünndarms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 35.)

Die malignen Geschwülste, welche am Darmkanal vorkommen, haben fast ausschliesslich ihren Sitz am Dickdarm, wo sie wieder mit Vorliebe das Rectum bevorzugen. Ihrem histologischen Charakter nach ist die überaus grosse Mehrzahl dieser Tumoren epithelialer Natur. Selten sind Sarcome des Darmes, speziell noch des Dünndarms. S. erlebte folgenden Fall:

$3^3/_4$jähr. Kind, ist bisher nicht nennenswert krank gewesen. Ein mit 6 Wochen acquirierter Magendarmkatarrh verlief rasch und günstig. Um die Weihnachtszeit 1898 erkrankte es nun, indem es über heftige Leibschmerzen klagte, starke Auftreibung des Leibes bekam und heftig zum Stuhlgang presste. Die Mutter verabreichte ihm Einläufe, und darauf soll nach 8 Tagen der Zustand sich wieder gebessert haben. Indessen bestand seit jener Zeit doch häufigere längere Stuhlverhaltung, welche mit diarrhoischen Entleerungen abwechselte. Seit dem 11. III. 99 hat der Junge wieder häufig heftige Leibschmerzen, sodass er sich krümmt und laut schreit. Abführmittel, welche ihm ein Arzt verordnete, wirkten manchmal gar nicht, manchmal gab es aber danach 4—5 mal dünnen Stuhl. Ueberhaupt war in letzter Zeit die Defäkation immer ganz dünn und enthielt wenig Geformtes. Das Kind kam immer mehr herunter. In den letzten Tagen hie und da Erbrechen. S. wird zugezogen.

Status praesens 17. III. 99: Pat. abgemagert, aber noch in einem ganz befriedigenden Ernährungszustand. Haut blass, Lippen etwas bläulich. Puls 120, regelmässig. Temp. nicht erhöht. Herz, Lungen ohne pathologischen Befund. Milz nicht vergrössert. Leib stark aufgetrieben und prall gespannt; Perkussions-

Digitized by Google

schall überall tympanitisch. In der rechten Ileocöcalgegend ist bei tieferem Abtasten ein Tumor zu fühlen, dessen Grösse sich bei der Spannung der Bauchdecken nicht bestimmen lässt. Seine Consistenz ist derb, die Oberfläche gelappt. Schmerzempfindung auch bei Druck nicht. Der Tumor ist anscheinend nicht verschieblich, lässt sich aber später in Narkose sehr leicht verschieben. Peristaltik mässig verstärkt. Ampulle des leeren Mastdarms nicht besonders erweitert. Auf Befragen giebt die Mutter an, dass die Geschwulst, die sie selbst gefühlt hat, nach Wassereinläufen verschwinde. — Diese Mitteilungen wiesen auf eine Intussusception hin, bei der dieses Symptom häufig vorkommt. Indessen sprach doch die Lappung des Tumors dagegen, und man musste die Diagnose in suspenso lassen, ob es sich um maligne resp. tuberculöse Geschwulst handle. Mit Bestimmtheit konnte man jedoch chronische Darmstenose annehmen, S. schlug deshalb einen operativen Eingriff vor.

Ausführung desselben am 18. III. Nach Eröffnung der Abdominalhöhle durch einen Schnitt am äusseren Rande des rechten M. rectus abdom. konnte man leicht eine Dünndarmschlinge hervorziehen. Es fliesst eine ziemliche Menge heller seröser Flüssigkeit ab. An der Jejunumschlinge sitzt ein höckriger Tumor. In seiner Umgebung sind die Mesenterialdrüsen bis an die Wurzel des Gekröses bis fast zur Hühnereigrösse geschwollen. Der Tumor wird mit einem Keil des Mesenteriums reseciert und die beiden Enden durch doppelte Naht vereinigt. Naht des Gekröses. Drainage. Verschluss der Bauchdecken. Das resecierte Darmstück hat eine Länge von über 30 cm, die Darmwand erscheint ausser an den Endpartien hypertrophiert. An dem distalen Ende sitzt ein über ca. 8 cm Länge sich hinziehender höckriger und gelappter Tumor von fester, derber Consistenz, der in das Lumen des Darms derart hineingewuchert ist, dass die Lichtung nur mit grosser Gewalt vom kleinen Finger durchdrungen wird. Man hat den Eindruck, dass es sich um eine absolut vollständige Darmverschliessung handelt. Während die Schleimhaut an allen übrigen Stellen gefaltet ist, ist die innere Oberfläche des Tumors glatt und in der Mitte ulceriert. An dem Mesenterialansatze des Darmstückes sitzen 4 fast hühnereigrosse Drüsen, welche den Darm etwas comprimieren. Auf dem Durchschnitt erscheinen sie ebenso wie der primäre Tumor grauweiss mit einem rötlichen Schimmer an einzelnen Stellen.

20. III. Das Kind verhält sich ruhig. Temp. und Puls normal. Stuhldrang. Auf Einlauf Entleerung grosser geformter und gut gefärbter Kotmassen.

22. III. Das Kind ist sehr unruhig. Keine Zeichen für Peritonitis. Temp. und Puls ohne Besonderheiten. Stuhlentleerung auf Einlauf. In den letzten Tagen setzt sich die enorme Unruhe des Kindes fort, ohne dass der geringste Anhaltspunkt dafür zu finden gewesen wäre, trotzdem es täglich 2 mal auf das Genaueste untersucht wurde. Da die Milzdämpfung etwas nach oben vergrössert erschien, ca. $1^1/_2$ Querfinger breit, wurde punctiert, in der Meinung, dass sich vielleicht trotz der Fieberlosigkeit ein subphrenischer Abscess entwickeln könne; doch negatives Resultat. Da zeigte sich am

27. III. im linken Hypochondrium ein der Milz an Form, Consistenz und Lage nach anscheinend zugehöriger Tumor, der als Vergrösserung des Organs aufgefasst werden musste; auf Druck war derselbe nicht schmerzhaft. Das Kind fortgesetzt unruhig. Zu gleicher Zeit entwickelt sich ein acutes Caput Medusae. In den seitlichen Partien des Leibes abwechselnd undeutliche Dämpfungszonen, die bei Lagewechsel sich nicht wesentlich verändern. Der Stuhl, spontan entleert, ist lehmartig und weiss gefärbt. Der Milztumor wächst innerhalb 5 Tagen so rasch, dass er fast an den rechten Rippenbogen stösst. Das Caput Medusae ist dabei wesentlich verstärkt. Die Unruhe nimmt zu trotz Chlorals und Morphiums.

Am 6. IV. Exitus letalis.

Aus dem Sectionsprotokoll wäre hervorzuheben: Die Darmnaht ist vollständig durchgängig. In der Umgebung derselben sind die Darmschlingen miteinander verwachsen, und etwa dem unteren Rand des eingeführten Drainrohres entsprechend sitzt ein abgesackter, kirschgrosser Eiterherd. Sonst nirgends Zeichen einer Peritonitis. Die Därme und das parietale Bauchfell spiegelnd glatt. An der Stelle der Darmnaht sitzt eine frisch entstandene, neue Drüse von über Taubeneigrösse. Das grosse Netz und die retroperitonealen Drüsen links in grosser Ausdehnung von Tumormassen infiltriert, welche in die grosse Curvatur des Magens hineinwuchern und auf ihrem Durchschnitt das gleiche Bild darbieten, wie die Geschwulstmasse des resecierten Präparats. Das Pancreas ist völlig in Tumormassen aufgegangen. In beiden Nieren sitzen stecknadelkopfgrosse weissgraue Flecke, die sich mikroskopisch als Metastasen erweisen. Herz, Lungen, Leber, der eitrige Darm ohne pathologischen Befund, ebenso die normal grosse Milz. Hirnsektion nicht erlaubt.

Digitized by Google

Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, war es klinisch nur möglich, die Diagnose in gewissen Grenzen festzustellen. Dass ein chronischer Darmverschluss vorlag, war klar; ob dieser ein totaler oder nicht ganz vollkommener war, liess sich kaum entscheiden. Auch das war klar, dass ein Tumor die Stenosierung des Darmlumens verursachte. Hätte die Mutter nicht bestimmt angegeben, dass die Geschwulst auf Einläufe verschwinde, so wäre bei der eigenartigen Lappung des Tumors eine Invagination nicht in Frage gekommen. So musste man auch dies in Erwägung ziehen, zumal die Anamnese darauf hinwies, dass schon einmal vor 3 Monaten Erscheinungen von Darmverschluss aufgetreten waren. Carcinome des Darms kommen in so jugendlichem Alter kaum vor, ein Sarcom des Dünndarms — dass der Sitz des Tumors hier war, ergab die Untersuchung in Narkose ziemlich klar, da derselbe dabei nach allen Seiten sehr beweglich erschien, — aber durfte man nach dem, was Madelung, Baltzer u. A. als charakteristisch dafür hinstellen, kaum annehmen. Denn gerade Sarcom soll auch bei grosser Ausdehnung keine Darmverengerung hervorrufen. Hier war gerade das Gegenteil der Fall, die Stenosenerscheinungen sogar das erste Symptom, das auf eine ernstere Erkrankung hinwies. Der Fall lehrte auch, dass unzweifelhafte Erscheinungen von Darmocclusion beim Sarcom auch wieder zurückgehen, selbst auf Monate, um später wieder erneut aufzutreten. Daraus erhellt, dass man an Präparaten, seien sie durch Section oder Operation gewonnen, keine vollkommene Stenose zu finden braucht, während früher doch eine solche vorhanden gewesen sein kann. Auch in der Litteratur finden sich vielfach Angaben über Verengerungen des Darmes bei Sarcom vor, oder es geht aus der Krankengeschichte hervor, dass eine Stenose vorhanden gewesen sein musste. Die typischen Symptome sind freilich nicht immer prägnant ausgeprägt. Nach Nothnagel bedingen Darmverengerungen als wesentliches Symptom Verstopfung. Zuweilen aber wird die Obstipation durch eine spontan auftretende Diarrhoë abgelöst; danach fühlt sich denn der Pat. meist wohler. Aber das Wechselspiel zwischen Hartleibigkeit und Durchfällen wiederholt sich immer wieder von neuem. Uebrigens kann auch trotz Stenose täglich normale Defäkation erfolgen, was sich vor allem aus der Muskelhypertrophie in der Darmwand erklärt, die in solchen Fällen sich allmählig ausbildet. Dazu treten oft Kolikanfälle, welche eine entscheidende Bedeutung im Krankheitsbilde haben. Häufig sind solche Anfälle von Erbrechen begleitet. Von geringerer Wichtigkeit ist der Meteorismus. Nach Leichtenstern kann auch chron. Diarrhoë bestehen, ohne dass etwa Ulcerationen vorhanden wären. Auch S. konnte wiederholt feststellen, dass Stenosen des Darmes besonders bei malignen Tumoren abwechselnd mit Obstipation und Diarrhoë einhergingen; einige Male war chron. Diarrhoë die hervorstechendste Krankheitserscheinung. Manchmal könnten wohl die Stenosenerscheinungen auch durch Complikationen hervorgerufen werden. So kommt Invagination des Darmes vor, ferner Verwachsungen der von der Geschwulst betroffenen Partie mit anderen Darmschlingen oder Nachbarorganen. Schmerzen verursacht der Tumor als solcher kaum; wo dies der Fall ist, sind meist Erscheinungen der Stenose da. Bei weiterer Ausbreitung der Geschwulst kommt es meist zur Cachexie. Specifische Symptome macht das Dünndarmsarcom nach S.'s Meinung

Digitized by Google

nicht. Wesentlich ist man von dem Fühlen eines Tumors abhängig. Dann kommt immer noch die differentielle Diagnose zwischen Carcinom und Tuberculose in der Hauptsache in Frage. Wo nicht Ileuserscheinungen zum sofortigen operativen Eingriff drängen, wird man bei längerer Beobachtung Tuberculose ausschliesen können, wenn nach häufigen Untersuchungen des Stuhles keine Tuberkelbazillen gefunden werden. Aber auch das ist nicht immer sicher. Eher lässt in einer Reihe von Fällen das jugendliche Alter ein Carcinom ausschliessen oder der vielfach sehr rapide Verlauf ein Sarcom vermuten. Aber es wird sich immer nur um Wahrscheinlichkeitsdiagnosen handeln. Die definitive Diagnose bringt erst das Mikroskop; in obigem Fall ergab dasselbe kleines Rundzellensarcom.

Die Therapie kann natürlich nur eine chirurgische sein; radikal nur dort, wo man die Pat. in frühestem Stadium zur Operation bekommt. Dies wird aber nur dann der Fall sein, wenn schon sehr frühzeitig Stenosenerscheinungen auftreten. Inwieweit man alsdann berechtigt ist, eine günstigere Prognose bei dem sehr rasch Metastasen bildenden Leiden zu stellen, darüber ergiebt die Statistik nichts, und ist man heut noch nicht imstande, die Prognose der Operation mit Bestimmtheit zu stellen. Sollte sie aber auch ungünstig sein, so wird man, wie bei S.'s Patienten, mindestens die Ileuserscheinungen, wo solche vorhanden sind, zur Erleichterung des Zustandes beseitigen und eine Resection des Darmes oder Enteroanastomose vornehmen. Eigenartig war in obigem Falle der Verlauf post operationem. Das gewaltige Paquet von Drüsenmetastasen auf der linken Seite imponierte als vergrösserte Milz. Im Verein mit den übrigen Symptomen, Caput Medusae, ungewisser Ascites, konnte man annehmen, dass es sich um eine Thrombose oder Compression der Vena portae handelte. Für eine Thrombose war wohl genügend Grund vorhanden, hatte doch der operative Eingriff im Gebiet der Pfortaderwurzeln stattgefunden. Die Fettstühle dagegen hätten eher eine Compression der Pfortader vermuten lassen, wäre Icterus vorhanden gewesen. So war es denn wahrscheinlicher, dass es sich um rapid wachsende Metastasen in der Milz handelte und dass die Fettstühle durch Veränderungen am Pankreas bedingt seien. Letzteres traf auch zu; das ganze Gewebe der Bauchspeicheldrüse war in Sarcom übergegangen. Die Milz dagegen war durchaus normal. Der Irrtum war bei der Form und Lage und dem sonstigen Verhalten der Metastasen kaum zu vermeiden.

---

265) **Desider Stapler** (St. Paulo). Angeborenes Fehlen des Anus; plastische Operation und Ersatz des Sphincters mit Hilfe der Glutäalmuskeln.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 36.)

Ein 4 Tage alter Knabe wurde ins Spital gebracht mit der Angabe, dass er seit der Geburt keinen Stuhl entleerte und auch keine Anusöffnung aufzufinden sei. 2 Collegen hatten versucht, durch einfache Incision der Raphe den Anus zu eröffnen, was ihnen jedoch nicht gelang. Während dieser Versuche bemerkten sie, dass aus der Harnröhre gleichzeitig mit dem Urin sich auch Meconium entleerte. Die Incision wurde leider gar nicht aseptisch vorgenommen.

St. überzeugte sich, dass das Rectum an der gewöhnlichen Analöffnung nicht zu finden sei, und der Umstand, dass aus der Blase sich Meconium entleerte, deutete ja auch darauf hin, dass das Rectum höher oben stehe und eine Com-

Digitized by Google

munikation mit der Blase haben müsse. St. entschloss sich daher zur radikaleren Operation, um den Darm aufzusuchen, aber ohne Narkose. Langer bogenförmiger Schnitt, parallel zu den Steisswirbeln rechts. Derselbe wurde mit dem bereits von anderer Seite gemachten Schnitt am Perineum vereinigt. St. drang gleich in die Tiefe ein und eröffnete in der Höhe der Steisswirbel das Peritoneum. Dieser Schnitt wurde nach oben und unten verlängert, sodass der kleine Finger eindringen konnte. Durch Tasten fand St. eine Darmschlinge, die er aufs Geratewohl mit grosser Mühe nach abwärts zog; während dieser Tractionsversuche gingen Gase und Meconium durch die Harnröhre ab. Es gelang schliesslich, den Darm vor die Oeffnung zu bringen, wo St. ihn sofort mit feinster Seide vernähte; hierauf incidierte er die fixierte Darmwand, und nun floss eine grosse Menge Stuhl ab. Nach gründlicher Stuhlentleerung wurde die Wunde gereinigt, worauf St. noch die 2 seitlichen Teile der Darmwand vernähte. die durch die Incision entstanden waren, und zwar mit den nächsten Muskelenden. Muskel- und Hautnaht (Seide). Pat. konnte nicht im Spital bleiben, und da die Verhältnisse es auch nicht erlaubten, dass regelrechte Verbände gemacht wurden. ordnete St. nur an, dass die Wunde nach jedem Stuhlgang mit warmem Wasser abzuwaschen sei. Diese mangelhafte Pflege im Verein mit der mangelhaften Asepsis der ersten Operationsversuche machten die Prognose zu einer recht dubiösen. Um so erstaunter war St., als er später sah, dass alle Nähte gut gehalten hatten. Darm und Incision per primam geheilt waren.

4 Monate später sah St. das Kind wieder. Der Anus unterschied sich blos durch seine Lage von einem normalen. Die Oeffnuug war vielleicht auch ein wenig kleiner; ringsum war die Haut pigmentiert, zeigte aber durchaus keine Spuren von Maceration. Pat. hatte 2—3 mal täglich Stuhl, wobei gar nicht auffiel, dass Incontinenz vorhanden sei. Schreien hatte keine Entleerung zur Folge. Nur als St. die Oberschenkel des Kindes fest gegen dessen Bauch drückte, ging St., als er eine geringe Stuhlmenge ab, jedenfalls aber hatte Pat. eine relative Continenz erlangt, die jedenfalls später sich vervollständigt haben wird.

Es ist anzunehmen, das der kindliche Organismus sich leichter an eine solche abnorme Function gewöhnen kann. als der eines Erwachsenen, der früher einen normalen Sphincter hatte. Auffallend war aber jedenfalls hier bei der mangelhaften Asepsis und Pflege, bei dem zarten Alter des ohne Narkose operierten Pat. der günstige Ausgang in hohem Maasse.

---

266) **Watten** (Lodz): Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 38.)

Die operative Behandlung der Eichelhypospadie stellte bis vor kurzem keine leichte Aufgabe dar. Alle früher dazu empfohlenen Methoden, welche sämtlich Bildung einer neuen Harnröhre in der bis dahin nicht perforierten Eichel erstrebten, führten allzuoft nicht zum erwünschten Resultat. Erst C. Beck schlug einen neuen Weg ein, indem er sich nicht Bildung einer neuen Harnröhre, sondern Verlängerung der vorhandenen bis zur normalen Ausmündungsstelle zur Aufgabe stellte. Diese Aufgabe ist für gewöhnlich leicht zu lösen mittelst einer Operationsmethode, die kürzlich v. Hacker und Bardenheuer fast gleichzeitig angaben, und die schon Beck versucht hatte. Sie beruht auf der Mobilisierung der unteren Hälfte der Harnröhre und Durchziehung derselben durch einen Wundkanal in der Eichel, der mit Troicar oder Messer angelegt wird. Diese Methode muss heut als Normalverfahren gelten, das freilich auch einmal versagen kann, wenn das Fehlen gewisser Bedingungen zur Ausführung — es darf keine zu tiefe Eichelrinne bestehen und es muss sich eben der periphere Teil der Harnröhre auf eine entsprechend

Digitized by Google

grosse Strecke mobilisieren resp. hervorziehen lassen — letztere unmöglich macht, wie in folgendem Falle:

Ein 8jähr. Schusterlehrling mit Hypospadia glandis, der an Enuresis nocturna litt, wurde von seinem Meister einer radikalen Kur unterworfen: es wurde ihm nämlich sein Penis vor dem Schlafengehen etwa in der Mitte der Pars pendula mit einem starken Faden unterbunden. Als am anderen Tage der Faden wegen der Schwellung des Gliedes sich nicht entfernen liess, wurde er liegen gelassen, bis er später von selbst abfiel. Unterdessen bildete sich an der unteren Fläche des Penis, dicht hinter dem Faden, eine Oeffnung, durch welche der Harn tropfenweise ausfloss. Etwa 2 Monate nach der so eigenartigen Kur kam der Knabe zu W. in Behandlung. Bei der Untersuchung stellte sich nun heraus, dass der periphere Teil der Harnröhre centralwärts vollständig blind endete; an der Stelle, wo der Faden lag, hatte sich um das Glied herum eine breite, knorpelharte Verdickung mit tiefer Rinne in der Mitte gebildet. Die ganze mittelbare Partie des Penis war überall narbig entartet. Die obengenannte Oeffnung an der unteren Fläche des Penis war stecknadelkopfgross; sie führte in einen feinen, gewundenen Fistelgang. Bei der nachher unternommenen Operation wurde ein etwa 1½ cm langes Stück der Urethra reseciert, sodass der übrig gebliebene, zwischen Orificium ext. und Nahtlinie gelegene Teil derselben nur etwas über 1 cm betrüg.

Es ist klar, dass in diesem und ähnlichen Fällen von der Hacker-Bardenheuer'schen Methode vollständig abgesehen werden muss; vor der Hand bleibt hier nichts Anderes übrig, als der Versuch, nach dem alten Modus eine neue Harnröhre in der Eichel herzustellen. Unter diesen Methoden ist die Thiersch'sche am gebräuchlichsten. Dieselbe wurde auch in obigem Falle gleich nach der Resection der Urethra vorgenommeu, missglückte aber vollständig. Daher wandte W. einige Wochen später folgende Operation an, welche ein befriedigendes Resultat ergab:

Die Operation beginnt mit einem Hautschnitt, welcher vom Orificium ext. urethrae längs derselben möglichst weit centralwärts geführt wird und mit 2 seitlichen Schnitten, welche die Penishaut von der Eichel trennen. Dann folgt Abpräparierung der Haut von der Urethra, sowie beiderseits von der unteren Penisfläche nach der Peniswurzel zu. Der 2. Act besteht in Bildung eines Schleimhautlappens aus der unteren Partie der Eichelsubstanz, welcher, an der Spitze der Eichel beginnend, parallel ihrer unteren Fläche mit einem scharfen Messer nach der Basis zu abgelöst wird. Der Lappen muss möglichst breit und 1—2 mm dick sein. An der Basis der Eichel angelangt dringt man weiter in die Tiefe und trennt die Harnröhre samt ihrem Corpus cavernosum von der unteren Fläche des Penis im ganzen Bereich des Hautschnitts ab. Somit bildet man einen Eichelsubstanz-Schleimhautlappen, dessen Stiel die Harnröhre mit ihrem Corpus cavernosum darstellt. Dieser Lappen dient uns zur Schleimhautauskleidung des neu zu bildenden Teils der Harnröhre. Jetzt vertieft man die Eichelwunde in der Mitte mit einem entsprechend tiefen Längsschnitt; die dadurch gebildete Rinne dient zur Aufnahme eines Schleimhautlappens, welcher derselben angelegt und an der Eichelkuppe mit 2—3 Nähten befestigt wird. Dann wird ein dünner Nélatonkatheter eingeführt. Nun folgt der letzte Act, die Anlegung der Knopfnähte und Schliessung der Wunde, wobei darauf zu achten ist, dass das distale Ende der ursprünglichen Urethra in den Bereich der Eichelsubstanz zu liegen kommt, was ja durch frühere Mobilisation der Harnröhre ermöglicht ist. Es ist wohl am besten, die Lage entweder dadurch zu sichern, dass man in die letzte Naht der Eichelsubstanz und die darauf folgenden Hautnähte auch das Corpus caver-

Digitized by Google

osum urethrae mitfasst oder aber, dass man die Urethra für sich mit 2—4 Katgutnähten fixiert.

Somit wird bei dieser Methode eine Harnröhre gebildet, die vielleicht mit Ausnahme einer kleinen Stelle an der unteren Fläche (vor dem früheren Orificium ext.) durchweg mit Schleimhaut überkleidet ist. In dieser vollkommeneren und gleichmässigeren Auskleidung des neu gebildeten Kanals besteht schon ihr Vorteil. Viel wichtiger aber ist der Umstand, dass die Methode gestattet, den Locus minoris resistentiae, welchen die Gegend des Sulcus coronarius bildet, vollkommener als jede andere zu beseitigen resp. zu verstärken. W. glaubt also, dass sein Verfahren geeignet ist, in Fällen, wo die Hacker-Bardenheuer'sche Methode sich als unanwendbar erweist, dieselbe erfolgreich zu ersetzen.

---

267) **J. Marer.** Urethritis gonorrhoica bei einem 5 Monate alten Kinde.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 23/24.)

Bei dem sonst keine pathologischen Veränderungen darbietenden Knaben fand M. folgendes an den Genitalien:

Das Rudiment des Präputiums — Pat. ist beschnitten — besonders unten in der Gegend des Frenulum geschwollen, glänzend, stellenweise mit Eiter bedeckt, im Sulcus coronarius rundherum ein dicker Eiterring. Die Gegend des Angulus peneoscrotalis und die Haut zwischen Schenkel und Hoden beiderseits gerötet, stellenweise mit Eiter bedeckt. Die Schleimhaut des Orific. ureth. extern. hervorragend, purpurrot, geschwollen; aus der Urethra entleert sich auf Druck ein dicker, rahmähnlicher Eiter; Penis halb erigiert, entsprechend der Fossa navicularis eine Resistenz. Das Kind uriniert alle $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, bei jedem Urinieren krampfhaft die unteren Extremitäten an den Bauch ziehend, dabei weinend und einige Tropfen Eiter enthaltenden Urin entleerend.

Der Tenesmus war auch in den folgenden Tagen ein ziemlich starker. Auf einigen Windeln waren die für gonorrhoischen Eiter charakteristischen grün-gelben Flecke zu sehen.

Weder Vater, noch Mutter waren gonorrhoisch, wohl aber die Kinderwärterin, die aber sich zu Geständnissen betreffs der Uebertragung nicht herbeiliess.

Da unter Anwendung von warmen Bädern und Dermatol-Cocainbazillen der Zustand sich nicht besserte, wurden Budapester Specialisten consultiert und folgende Therapie eingeschlagen: Urethrale Injectionen mit 2%iger Lösung von Acet. lithargyr. 3—5 mal tägl., 3 mal tägl. Bad. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Kindes, und nach 6—7 Wochen, wo es Varicellen aquirierte, hörte das Leiden vollständig auf, der Knabe gesundete gänzlich.

M. glaubt, dass die Varicellen den gonorrhoischen Process günstig beeinflussten. Betreffs des Infectionsmodus nimmt M. an, dass die Wärterin ihr vaginales Sekret mit ihren Fingern auf dem Wege von Manustupration, die anzunehmen er Grund hatte, auf das Kind übertrug.

---

268) **F. Engelmann.** Ueber die Verwendung des Protargol an Stelle des Argent. nitr. bei der Credé'schen Einträufelung.

(Aus der Univers.-Frauenklinik zu Bonn.)

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 30.)

Zur prophylactischen Einträufelung nach Credé wurde Protargol hauptsächlich von Darrier empfohlen (10—15%ige Lösung; keine

Digitized by Google

Reizerscheinungen), dann von Praun, der das Protargol als „voraussichtlich bestes Prophylacticum gegen die Blennorrhoeä neonatorum“ bezeichnete. Auch andere erzielten sehr günstige Resultate.

E. berichtet von 100 Neugeborenen, wo statt Höllenstein 20%ige Protargollösung (die an desinficierender Kraft einer 2%igen Argent.-Lösung entspricht) benutzt wurde. Bei 27% fand sich gar keine Sekretion, bei 52% war diese am 2. Tage erloschen und nur bei 24% dauerte sie länger als 1 Tag (bei nur 4% bis zum 4. Tage); was diese letzteren angeht, so war bei den Kindern eine vorhandene oder künstlich erzeugte Prädisposition zu constatieren: besondere Empfindlichkeit oder Alteration der Conjunctiva bei nicht ausgetragenen Früchten oder protrahierten resp. künstlich beendigten Geburten. Jedenfalls war also bei 80% der Fälle gar keine oder nur sehr geringe Sekretion zu beobachten. Was die Intensität der Secretion am 1. Tage post partum anlangt, so findet sich bei 5 Fällen sehr starke, bei 10 starke, bei 22 mässig starke, bei 36 geringe, bei 27 gar keine Sekretion. Es entspricht im Allgemeinen die Dauer der Sekretion auch der Intensität derselben; doch finden sich auch einige Fälle, bei denen die am 1. Tage sehr starke Sekretion bereits am 3. Tage vollständig erloschen war.

Die fast durchweg ungemein kurze Dauer der Reaction, die meist den 1. Tag nicht überdauert, ist aber auch von Wichtigkeit für die Entstehung der nach Argentumbehandlung nicht seltenen Sekundärkatarrhe. Wenn wirklich die die Sekundärinfection verursachenden Bacterien sich erst am 2. oder einem noch späteren Tage ansiedeln, so werden sie die Conjunctiva nicht in der Weise alteriert finden, wie bei der Argentumeinträufelung; thatsächlich wurden auch in den obigen 100 Fällen keine Sekundärkatarrhe beobachtet.

Es zeigte sich bei den E.'schen Fällen, dass die fast reizlose 20%ige Protargollösung der stark reizenden 2%igen Argent.-Lösung vorzuziehen ist. Uebrigens macht Protargol keine nicht zu entfernenden Flecke auf der Wäsche, der Preis ist kein sehr hoher, und die geringere Zersetzbarkeit ermöglicht eine länger dauernde Verwendung.

II. Kleine Mitteilungen und Notizen.

104) **Bei 3 Söhnen Glaukom** in einer aus 7 Söhnen und 4 Töchtern bestehenden Familie sah Rogmann (Gent). Mutter und Grossmutter hatten die gleiche Affection gehabt, in jeder der 3 Generationen trat sie früher auf, und zwar sowohl als Glaukoma fulminans, wie als nicht entzündliches, einfach chronisches Glaukom. In allen Fällen war die Iridektomie von dauerndem Erfolg. (La clinique ophthalmique. 10. IV. 99.)

105) **Ein Fall von doppelseitiger Amaurose bei Abdominaltyphus** wird von M. Warschawski publiciert. Am Ende der 2. Woche eines recht schweren Typhus bei einem 10jähr. Knaben bildete sich eine Amaurose ohne weitere objective Veränderungen aus, schwand aber unter roborierender Kost wieder am Ende der 10. Woche. W. nimmt eine durch das infectiöse Agens hervorgerufene functionelle Störung an, deren Natur sich unserer Kenntnis entzieht. (Eshenedelnik 1899 No. 15. — Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

106) **Diphtheritische Dysenterie** beobachtete Töpfer. Ein von ihm an Dysenterie behandeltes Kind stammte, wie sich später herausstellte, aus einem Hause,

Digitized by Google

in dem Diphtherie herrschte. Auch bei T.'s Pat. gesellte sich Halsdiphtherie hinzu, das Kind starb. Die dysenterischen Erscheinungen rührten nach T.'s Ansicht von Diphtherie des Dickdarms her. (Ibidem.)

107) **Tannopin**, das sich schon so vielfach bewährt hat, wandte auch Dr. C. Fröhlich (Aschaffenburg) bei acuten und chron. Darmkatarrhen mit bestem Erfolge an, sodass er das selbst bei Säuglingen nie Nebenerscheinungen machende Präparat in Dosen von 0,25—0,5 (3–5 mal tägl.) auch dem Kinderarzt warm empfiehlt. (Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 29.)

108) **Einen „Lymphebläser“** zur Entleerung der mit Impfstoff gefüllten Haarröhrchen, hat Oberimpfarzt Voigt (Hamburg) construiert. Das billige, durch Kochen leicht sterilisierbare Instrument (Stelling, Hamburg, Rödingsmarkt. Preis: M. 1,50) hat den Zweck, das Ausblasen durch den Mund, bei dem durch den Arzt event. Krankheitskeime in die Vaccine oder auch die letztere selbst dem Arzt an aufgesprungene Lippen gebracht werden können, zu ersetzen. Es besteht aus einer kleinen Glasröhre, in deren beiden Enden Gummistopfen stecken, die in der Mitte durchbohrt sind; ausserdem ist über das eine Ende ein Gummihütchen gezogen. Der eine Stopfen besitzt ein weiteres, der andere ein engeres Loch, entsprechend den Weiten der Lymphröhrchen. Man wählt nun das passende Loch, schiebt das an beiden Enden geöffnete Lymphröhrchen in das Loch, nachdem inzwischen das Glashütchen über den anderen Stopfen gestülpt ist, und drückt leicht auf das Gummihütchen. Das Instrument steckt in einer Nickelhülse (auch in diesem auskochbar!) und findet in der Westentasche Platz.

(Therap. Beilage No. 7 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899 No. 27.)

III. Bücheranzeigen und Recensionen.

23) Von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) sind Heft 8 und 9 erschienen. (Preis à Mk. 2,50.) Dieselben haben die Syphilis und Scrophulose, resp. die Tuberculose zum Gegenstand, welche Themata der erfahrene Autor in gewohnter Meisterschaft bearbeitet. Auch der Pädiater wird diese Aufsätze gern lesen und mannigfache Anregung erfahren, vorzüglich aber dürften diese Einzeldarstellungen dem prakt. Arzte ausgezeichnete Dienste leisten, zumal der Autor der Therapie besondere Aufmerksamkeit zu teil werden lässt, viele Receptformeln anführt und sich eingehend selbst mit den einzelnen Details beschäftigt. Der Verfasser schreibt ungemein klar und präcis, seine Darstellung wird nie schleppend und langweilig.

24) Im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien u. Berlin) ist das **Lehrbuch der Kinderheilkunde** von Dr. Bendix, dem 1. Assistenten Heubner's erschienen (Preis: Mk. 10). Es ist dies die 2. Auflage des Uffelmann'schen Werkes: Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde, das bei seinem Erscheinen (1892) von der Kritik sehr günstig beurteilt wurde und zahlreiche Freunde unter den Aerzten fand. Bendix hat pietätvoll einzelne Teile dieses Buches, mehr oder weniger verändert, mit übernommen, im Grossen und Ganzen hat aber der Autor das von einem Hygieniker geschriebene Werk den Intentionen des Kinderarztes mehr angepasst, wodurch einschneidende Veränderungen, Einfügung ganz neuer Kapitel etc. nötig wurden. Diese Umarbeitungen gereichen dem Buche nur zum Vorteil, und wird es in dieser neuen Gestalt sich wohl noch mehr wie früher der Gunst der Pädiater und prakt. Aerzte erfreuen. Der Verfasser, der selbst reiche Erfahrungen gesammelt hat und diejenigen Heubner's sich ebenfalls zu nutze macht, verfügt über eine gewandte Feder, und es ist ihm gelungen, auf verhältnismässig geringem Raume den Stoff durchaus klar und übersichtlich in erschöpfender Weise zur Darstellung zu bringen. Dass der moderne Standpunkt der Wissenschaft stets zur Geltung kommt, bedarf kaum der Erwähnung. So ist also unsere pädiatrische Litteratur um eine Arbeit bereichert worden, welche allen Ansprüchen genügt und eines zahlreichen Leserkreises sicher ist.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Monatlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs Mk. 7,50. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

IV. Jahrgang. **1. December 1899.** No. 12.

Inhaltsübersicht.

I. Originalbeiträge.

9) Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Kindern.

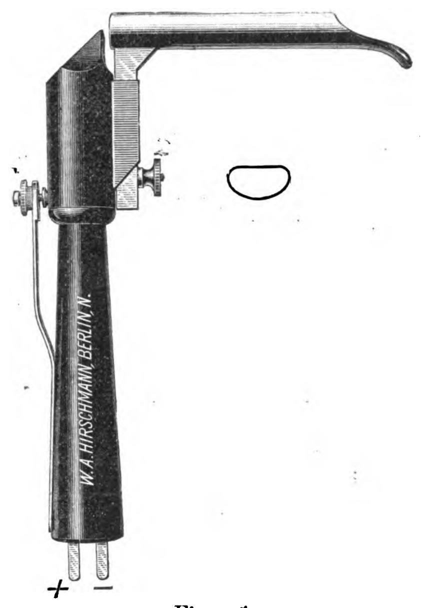
Von
Dr. Alfred Kirstein
in Berlin.

Die Anwendung des Kehlkopfspiegels begegnet bekanntermassen im Kindesalter oft grossen Schwierigkeiten, bei Kindern in den ersten Lebensjahren gelingt sie sogar nur ganz ausnahmsweise. Dagegen ist das Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Kindern jeglichen Alters in den allermeisten Fällen der von mir 1895 erfundenen directen Besichtigung (Autoskopie) leicht zugänglich. Das der Untersuchung dienende Instrument, Autoskop*) genannt, hatte

*) Schon wenige Monate nach Erfindung der Autoskopie gelang mir der die Technik sehr vereinfachende Nachweis, dass bei erwachsenen Menschen kein „Autoskop“ erforderlich ist, sondern bloss ein ganz einfacher knieförmiger Zungenspatel (am besten der nach meiner Angabe gefertigte). Für die Autoskopie von Kindern jedoch können wir nach wie vor des Autoskops nicht entraten.

Digitized by Google

in seiner früheren Gestalt*) zwei Uebelstände. Erstens kam es öfters vor, dass der nach oben hin gleich einem Deckel abschliessende „Aufsatzkasten“ mit seiner vorderen Kante (statt mit seiner oberen Fläche) an den Oberkiefer herankam und dabei, ausgleitend, das Zahnfleisch verletzte. Allmählich stellte sich heraus, dass die Verschieblichkeit des Aufsatzkastens, welche die Auswechselung von Kästen verschiedener Höhe gestattete, überflüssig war, denn im Gebrauche bewährte sich doch nur der eine Kasten mittlerer Höhe; man konnte also den Deckel in der geeigneten Höhe gleich fest anfügen und konnte ihn dabei so weit nach vorn verlängern, dass eine Collision seiner vorderen Kante mit dem Zahnfleisch selbst bei den kleinsten Kindern unmöglich wurde. — Zweiter Uebelstand: das Instrument war zu breit. In Folge dessen functionierte es nicht recht bei ganz kleinen Kindern (Säuglingen) — eine Beobachtung, die mich zeitweise zu der sehr irrigen Meinung brachte, Säuglinge seien aus anatomischen Gründen schlecht autoskopierbar! Die Misserfolge lagen aber gar nicht an dem Bau der Säuglingshälse, sondern an der für Säuglingshälse zu grossen Breite des Instrumentes. Nun wird aber, mit dem Verzicht auf die Beweglichkeit des Aufsatzkastens, das Autoskop schon von selber bedeutend schmäler, da die der Verschiebung dienenden seitlichen Schienen fortfallen.



Figur 1.

Durch die hier skizzierte Constructionsänderung, die zugleich eine Vereinfachung ist, hat das Kinderautoskop die Höhe seiner natürlichen Leistungsfähigkeit erreicht.

Figur 1 zeigt das Kinderautoskop, an dem als beleuchtender Handgriff dienenden Casper'schen Electroskop angeschraubt. Das Autoskop ist circa 11 cm lang (der bedeckte Teil 8 cm), 22 mm breit, 11 mm hoch. Der ein oben abgeplattetes Oval darstellende Querschnitt ist bei der Figur 1 besonders aufgezeichnet.

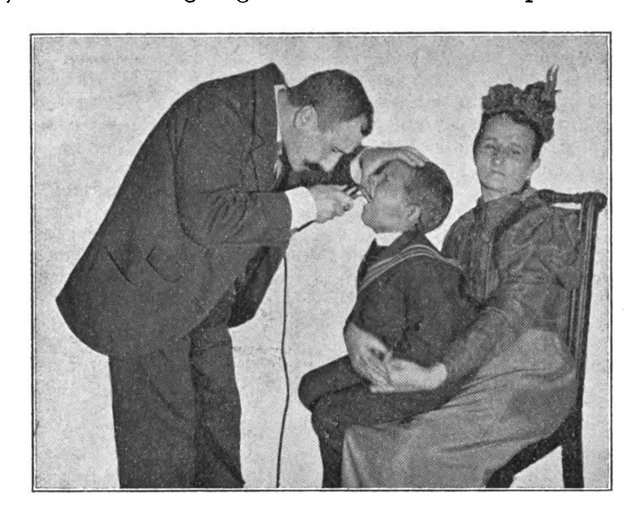
Man sollte wohl vermuten, dass für Kinder verschiedenen Alters verschiedene Autoskopgrössen gebraucht würden. Dem ist aber merkwürdigerweise nicht so; die eine Grösse ist bei Neugebornen genau so gut zu gebrauchen wie bei 3, 6, 12jährigen Kindern. — Will man zur Beleuchtung, statt des Casper'schen Electroskopes, eine electrische Stirnlampe oder auch (für Petroleum- oder Gaslicht) einen gewöhnlichen Stirnspiegel benutzen, so steht ein (um 1 cm längeres) Autoskop-

*) Vergleiche meine Schrift: Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Berlin 1896. Verlag von Oscar Coblentz. S. 17 und 33.

Digitized by Google

modell mit einfachem Handgriff zur Verfügung; das Arbeiten damit ist aber technisch schwieriger.

Die Ausführung der Kinderautoskopie ist aus der Figur 2 ersichtlich; das heruntergebogene Ende des Autoskopes wird zwischen



Figur 2.

Zungengrund und Kehldeckel gebracht, der Griff gehoben. Die Beherrschung der autoskopischen Technik erfordert natürlich eine gründliche Einübung! Durch äusseren Handgriff (Druck auf den Schildknorpel) lässt sich oft der Einblick vervollkommnen. Ich untersuche fast immer ohne Narcose — die ganze Procedur vollzieht sich einfach und geschwind. Vom Cocaingebrauch rate ich ab. — Obere Schneidezähne können unter Umständen ausgebrochen werden, wenn sie lose sind und dicht vor dem Ausfallen stehen (zweite Dentition) — das ist dann natürlich von geringer Bedeutung. Andere Verletzungen dürfen nicht vorkommen.

Sämtliche Instrumente zur Kinderautoskopie liefert Herr W. A. Hirschmann, Berlin N., Johannisstrasse 14/15.

II. Referate.

269) **H. Oppenheim.** Zur Dermatomyositis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 37.)

Einen kleinen Pat. mit dieser seltenen Affection stellte O. in der Gesellschaft der Charité-Aerzte (15. VI. 99) vor.

Der 8jähr. Knabe war bis zum September v. J. gesund. Damals fing er an, über Schmerzen im Rücken und in den Gliedmassen zu klagen, die Anfangs wenig Beachtung bei den Angehörigen fanden, bis sie an Heftigkeit zunahmen und zu einer wachsenden Erschwerung der Beweglichkeit führten. Bald darauf fielen auch Veränderungen an der Haut und den Weichteilen auf, nämlich einerseits eine Röte, die das Gesicht. besonders in der Lid- und Wangengegend, und die Hände betraf, andererseits Schwellungszustände an denselben, sowie an den Oberschenkeln,

Digitized by Google

in der Leisten- und Adductorengegend. Auch über Brennen und Schmerzen im Munde und Rachen, namentlich beim Schlucken. hatte Pat. zu klagen. Schliesslich war auch einige Male sicher eine beträchtliche Temperatursteigerung vorhanden, ferner litt Pat. an starken Schweissen. Soviel aus der etwas lückenhaften Anamnese, die auch nichts Bestimmtes über die Aetiologie ergab, höchstens dass Pat. in einer feuchten Kellerwohnung lebt.

Die Krankheitserscheinungen, die gegenwärtig bei dem Knaben hervortreten, betreffen Muskulatur, Haut, Unterhautgewebe und Schleimhäute. Die Veränderungen am Muskelapparate sind zum Teil schon durch die Inspektion zu erkennen. In erster Linie ist es die gezwungene, steife Haltung und Bewegungslosigkeit, die auffällt. Sie beruht zunächst auf der Schmerzhaftigkeit der Bewegungen, denn das Erheben der Arme, die Bewegung des Kopfes, vor allem aber jedwede Lokomotion des Rumpfes, jede die Wirbelsäule und ihre Muskulatur in Anspruch nehmende Bewegung erzeugt lebhaften Schmerz. Dies Symptom steht so sehr im Vordergrund, dass einer der behandelnden Aerzte eine Spondylitis diagnosticiert hat. Es ist aber auch eine Parese und Atrophie einzelner Muskeln, abnorme Spannungszustände (Schrumpfung und Contractur) in anderen, welche die Einschränkung der activen Beweglichkeit verursacht. Die Parese und Atrophie ist am deutlichsten an den Deltoidei, sowie an den Beugern des Unterarms ausgebildet und giebt sich hier auch durch eine erhebliche Abnahme der elektrischen Erregbarkeit (ohne qualitative Störungen) kund. Die Spannung und Verkürzung ist ebenfalls besonders deutlich an den Bicipites zu constatieren, die sich beim Versuch der Streckung des Unterarms wie ein straffes, fast unelastisches Band ausspannen und das Zustandekommen der vollen Streckung unmöglich machen. Aber auch an den Rücken- und Oberschenkelmuskeln (Adductoren) sind diese Zustände vorhanden. Besonders charakteristisch sind dann die Veränderungen der Muskelsubstanz, die durch die Palpation erkennbar sind. In den Schulter-Oberarmmuskeln, besonders im Deltoideus, Biceps, Brachialis internus und mehr noch in der Oberschenkelmuskulatur, namentlich im oberen Bereich der Adductoren, fühlt man statt des normalen Muskelgewebes derbe, straffe, sehnige Gebilde, die an der Veränderung der Consistenz sofort auch die histologische Umwandelung, die die Muskelsubstanz erfahren hat, erkennen lassen. Bei dieser Prüfung tritt aber sogleich noch ein anderes Symptom zu Tage: die enorme Druckschmerzheftigkeit der Muskeln. Auch die active und die durch elektrischen Reiz hervorgebrachte Muskelcontraction erzeugt Schmerz. Die Veränderungen an Haut, Unterhautgewebe und Schleimhäuten haben zwar schon eine gewisse Rückbildung erfahren, sind aber doch zum Teil noch deutlich wahrzunehmen. Besonders fällt die erythematöse oder pseudoerysipelatöse Röte des Gesichts auf, die am stärksten in der Lidgegend ist. Die oberen Lider haben dabei eine gedunsene, leicht ödematöse Beschaffenheit, und in den Augenwinkeln (früher auch in den Mundwinkeln) besteht ein mässiger Grad von Entzündung. Rötung und Schwellung findet sich auch am Handrücken, ausserdem fallen hier und namentlich über den Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken rundliche, wie Narben aussehende, blasse, atrophische Hautpartien auf, über deren Entstehung nur soviel zu ermitteln ist, dass sie, nachdem eine Zeit lang hier ein starkes Oedem bestanden hat, mit der Rückbildung desselben hervorgetreten sind. Aehnliche Flecke finden sich auch an einzelnen Stellen des Rumpfes und Oberarms. Eine eigentümliche Beschaffenheit haben ferner die Ohren; die Haut ist hier bläulichrot, schilfert etwas ab und ist so dünn, dass die Venen mit überraschender Deutlichkeit sich abzeichnen. Die Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut wird schon durch die subjectiven Beschwerden des Pat. kundgegeben. Aber man sieht auch, wie intensiv die Schleimhäute der Wangen, des harten und weichen Gaumens und der Zunge gerötet sind. An der Wangenschleimhaut ist es eine diffuse, am harten Gaumen eine mehr gesprenkelte Röte, das Aussehen der Zunge erinnert an die des Lachsfleisches. Der Zahnfleischsaum ist purpurrot. Eine mehr sekundäre Bedeutung hat wohl die Schwellung der Cervikal- und Cubitaldrüsen, die ebenfalls eine schmerzhafte ist. Alles Uebrige erweist sich als normal. Das Allgemeinbefinden ist nur durch die Schmerzen beeinträchtigt, die das nunmehr 8 Monate lang bestehende Leiden mit sich brachte.

Obwohl die Diagnose hier nicht schwer ist, hat bisher noch kein Beobachter dieselbe richtig gestellt, Pat. wurde vielmehr an Spondylitis, Dystrophia musculorum, Rheumarthritis subacuta behandelt. Bei dem jugendlichen Alter des Pat. hätte höchstens der

Digitized by Google

Verdacht auf Myositis ossificans auftauchen können, wenn auch nichts dafür spricht. Auch Trichinosis verhält sich ähnlich, doch war sie schon auf Grund der Anamnese — keine Magendarmaffection, keine Familienerkrankung — auszuschliessen.

Die Prognose des Leidens ist dubiös. Hier möchte O. sie freilich bei dem jugendlichen Alter des Pat., der relativ geringen Ausbildung des Leidens, dem mehr chronischen Verlaufe etc. für nicht ungünstig hinstellen.

---

270) **v. Starck.** Ein Fall von Urticaria pigmentosa.

(Aus der medic. Universitäts-Poliklinik in Kiel.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 38.)

Pat., ein 1jähriges Kind, stammt von gesunden Eltern. Die Mutter ist während der Gravidität gesund gewesen, das Kind rechtzeitig geboren, Ausschläge irgendwelcher Art oder Neigung zu Pigmentflecken in der Familie nicht vorhanden. Das Kind zeigte bei der Geburt normale Haut und bis zum 2. Monat keine besonderen Veränderungen, ausser einer gewissen Neigung zu „Hitzpickchen". In der ersten Hälfte des 2. Monats erkrankte es an einem acuten Magendarmkatarrh, welcher 8 Tage dauerte. Schon ehe derselbe beseitigt war, traten am l. Oberschenkel 2 von einem roten Hof umgebene Quaddeln auf, welche nach mehrtägigem Bestehen verschwanden, unter Hinterlassung einer ca. 5pfennigstückgrossen bräunlichen Erhebung, die jetzt noch vorhanden ist. In den nächsten Tagen erschienen dann zahlreiche Quaddeln, unregelmässig über den ganzen Körper (mit Ausnahme von Gesicht und von Hand- und Fussohle) verstreut, mässig juckend, und wie die ersten 2 entweder eine pigmentierte Erhebung oder nur einen braunen Fleck hinterlassend. Auf den alten Stellen kamen weiterhin sehr häufig neue Quaddeln, und seit dem Beginn der Erkrankung ist der Körper des Kindes nie ganz frei von einzelnen frischen Quaddeln, welche auch auf bisher nicht pigmentierten Stellen auftreten; der Kopf, sowohl der behaarte Teil, wie das Gesicht bleiben nicht mehr verschont, und so ist nach und nach ein beträchtlicher Teil der Körperoberfläche braun gefärbt. Ausser der Handfläche und Fusssohle zeigt die Haut überall ungemein viele bräunliche Flecke und flache Erhebungen von Linsen- bis Markstückgrösse; im Bereich der Hautfalten sind die Erhebungen mitunter in die Länge gezogen, mit einem Durchmesser bis 5 cm. Auch die Wangen, Nase und Kinn sind ziemlich frei davon. Eine bestimmte Anordnung der Pigmentstellen ist nicht zu erkennen. Zwischen letzteren und auf ihnen sieht man einzelne frischere Urticariaquaddeln, dagegen nirgends Kratzeffekte. Auch deutliche Urticaria factitia fehlt. Die Schleimhäute sind frei. Pat. wird seit Monaten mit Arsen behandelt, aber ohne Erfolg; auch Salol, Atropin intern, sowie Sublimatbäder haben keinen Effekt gezeigt.

Betreffs der Aetiologie solcher Fälle stehen wir noch vor einem Rätsel. In der Mehrzahl der Fälle befällt das Leiden kleinere, ganz wohlgenährte (mit der Brust), kräftige und gesunde Kinder. In obigem Falle trat es bei einem Flaschenkinde während eines Magendarmkatarrhs auf, und könnte man letzteren wohl beschuldigen; aber trotz bald wiederkehrenden Wohlbefindens wich die Urticaria nicht und wird wohl auch noch längere Jahre bestehen bleiben, da das Leiden vor vollendetem Wachstum selten aufhört. Und dann persistiert noch die Pigmentierung, durch welche die Pat. sehr entstellt werden. Vielleicht hat auf diese die Lichttherapie Finn's therapeutischen Einfluss; auch gleichmässiges Bedecken grösserer Hautpartien mit einem leicht comprimierenden Ichthyolpflaster wäre des Versuches wert.



271) **M. Berend.** Ein Fall von symmetrischer Gangrän (Raynaud'sche Krankheit) bei einem Kinde.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 23/24.)

Die Krankheit befällt mehr das weibliche Geschlecht als Männer. Von Morgan's 93 Fällen beziehen sich 24 auf Kinder unter 10 Jahren; das jüngste Individuum, an dem die Krankheit beobachtet wurde, war $1^1/_2$ Jahre alt (Mendel).

Der von B. beobachtete Fall betraf einen 6 jährigen Knaben, aus dessen Anamnese nur eine Angabe hervorzuheben ist, dass nämlich die Mutter des Knaben zweimal abortierte.

Seine jetzige Krankheit begann vor 3 Jahren im Winter mit rot-bläulicher Verfärbung der Randteile der beiden Ohrmuscheln. Zu gleicher Zeit traten brennende Schmerzen in den Ohren auf, die innerhalb 1—2 Wochen vollkommen exulcerierten. Bald verschwand die bläuliche Verfärbung, doch bevor die Geschwüre vollkommen zugeheilt waren, trat ein neuer Anfall auf, der sich wieder wochenlang hinzog, so dass die Ohren seitdem nie zuheilten.

Nach einem Jahre trat unter einem ähnlichen Anfall die Krankheit an beiden Füssen, bald auch an den Händen auf. Der Zustand verschlechterte sich im Winter, besserte sich im Sommer, doch im letzten Sommer blieb auch diese Besserung aus.

Bei der Aufnahme des wohlgenährten Kindes zeigt sich in der anfallsfreien Zeit keine Veränderung im Nervensystem. An den Randteilen beider Ohrmuscheln ist ein ungefähr bohnengrosser Substanzverlust zu sehen, der mit einer bräunlichen Borke bedeckt ist. An den Rändern dieses Substanzverlustes ist die Haut bläulich verfärbt. An den Händen und Füssen, besonders an deren dorsalen Teilen sind einige glatte, glänzende weisse Narben zu sehen, die die Grösse eines Kreuzers bis eines Thalers haben.

Am folgenden Tage verfärbte sich die Haut an beiden Füssen bis zu den Knöcheln rasch dunkelblau; die Füsse sind kalt anzufühlen, der Kranke empfindet spontan und auf Berührung sehr heftige Schmerzen. Die Grenze, wo die normale Haut in die livide, kalt anzufühlende Haut übergeht, ist vollkommen scharf.

Während des Anfalles ist die Steigerung des Kniereflexes und gesteigerte Empfindlichkeit der Haut mittels faradischen Stromes nachzuweisen. Gesichtsfeldeinschränkung nicht zu constatieren. Nach einigen Stunden begannen die Schmerzen sowie die Verfärbung abzunehmen, in 24 Stunden ging der Anfall zurück, und nur an der Zehe des rechten Fusses und in der linken Fusssohle blieb ein sehr schmerzhafter kreuzergrosser schwarzer Fleck zurück, dessen Epidermis sich ablöste; es bildeten sich mässig eiternde, tiefe Geschwüre, deren Heilung $2^1/_2$ Wochen dauerte; Substanzverlust blieb bei der Heilung nicht zurück.

Die bei der Aufnahme an den Ohren sichtbaren Veränderungen, sowie die Geschwüre an den Füssen wurden mit Borsalbe behandelt, und trat nach einigen Tagen Besserung auf. Als B. jedoch schon die Ueberhäutung erwartete, trat ein neuer asphyktischer Anfall an den Ohren auf, deren Geschwüre während der Beobachtung des Kranken fünfmal einen Anfall durchmachten. Es war unzweideutig zu sehen, dass je näher ein Ohr der vollkommenen Heilung war, um so sicherer ein neuer Anfall zu erwarten war. Mitte November 1898 trat an der rechten Zehe eine sehr schmerzhafte, vollkommen dunkelblaue Verfärbung auf, während linkerseits nur eine bläulich-rote Verfärbung zu sehen war. Nach dem Anfall entwickelte sich rechterseits an der grossen Zehe ein Panaritium, der Nagel löste sich vollkommen ab und blieb ein bis zum Knochen reichendes Geschwür zurück, das selbst bei Entlassung des Kranken noch nicht geheilt war.

Zusammen beobachtete B. 8 Anfälle, 5 an den Ohren, 3 an den Füssen. Die Anfälle traten immer spontan auf, künstlich waren sie nicht auszulösen, weder durch Wärme noch durch Kälte etc. Während des Anfalles war der Kranke stets fieberlos, Schmerzen waren gross, an den angegriffenen Teilen zeigte das Tastgefühl meist eine Abnahme. Der Anfall dauerte bald weniger als $^1/_2$ Stunde, bald auch über 24 Stunden.

In der Literatur findet B. nur sehr wenige derartige Fälle. Sein Fall ist deshalb interessant, weil er die von Frentzel betonte Eintei-

Digitized by Google

lung bekräftigt, der nämlich 1. locale symmetrische Syncope, 2. locale symmetrische Asphyxie und locale symmetrische Gangrän unterscheidet. Auch B. sah wirkliche abortive Anfälle in Form von Rötung, Abkühlung und verminderter Empfindlichkeit, ein anderesmal verliefen die beiden Stadien so rasch, dass einige Stunden nach Beginn des Anfalles schon die Erscheinungen des Absterbens sich zeigten. Was aber in obigem Falle besonders auffallend erscheint, ist, dass die Dauer der Anfälle nicht im Einklange zu ihrer Schwere steht.

---

272) **Moriz Wolf** (Wien): Einiges über Creolin, insbesondere dessen Wirkung auf Erysipel.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 41.)

Anlass zur Empfehlung des Mittels gab ein Fall, der dessen Ueberlegenheit über andere Methoden und prompte Wirkung bei Erysipel eines 6 wöchentlichen Säuglings in eclatanter Weise zeigte.

Der Knabe kam mit einem ca. apfelgrossen, breit aufsitzenden, cavernösen Angiom unterhalb des linken Kniees zur Welt. Der Oberschenkel war durch teilweise sichtbare Venen bedeutend in seinem Umfange vergrössert, die Haut über dem Tumor verdünnt, an einzelnen Stellen durchscheinend, wie Seidenpapier. Nach ungefähr 12 Stunden zeigten sich einzelne eintrocknende Stellen der Haut, weshalb noch an diesem Tage wegen drohender Ruptur die Exstirpation des Tumors vorgenommen wurde. Nach Unterbindung der zahlreichen, bis strohhalmdicken Venen, unter mässigem Blutverluste verlaufend, wurde die Operation von dem Neugeborenen prächtig ertragen. Nach etwa 1 Woche mässige Fieberbewegung und Drüsenschwellung in der Leistenbeuge, Erscheinungen, die auf $^1/_4$ $^0/_{00}$ Sublimatumschläge (statt des bisherigeu Dermatolverbandes) nach 2 Tagen zurückgingen, worauf der Pat., von seiner Mutter genährt, ordentlich gedieh, während der Oberschenkel bald normale Beschaffenheit zeigte.

Am 11. III. Morgens merkten die Eltern bei dem Kinde hohes Fieber, das kühlen Einpackungen nicht wich. Mittags constatierte der herbeigeholte Kinderarzt Temp. 39,8° und Schwellung sowie Rötung am Hinterkopf und den Nackenfalten, diagnosticierte Erysipel und verordnete neben Einpackungen Umschläge von essigsaurer Thonerde. Abends Temp. 40,2°, Fortsetzung der Therapie.

12. III. Morgens 40,2°. Erysipel handbreit gegen den Rücken vorgeschritten. Die von W. vorgeschlagene Creolinbehandlung wird vom Kinderarzt refüsiert. Fortsetzung der angegebenen Therapie. Abends 40,2°. Erysipel fortschreitend, leichte clonische Krämpfe. Es werden jetzt Ichthyolsalbe, Eisbeutel, Einpackungen, Chininklysmen ordiniert, die vorgeschlagene Creolintherapie abermals verweigert.

13. III. Früh Temp. 40,1°. Erysipel über den Rücken verbreitet, bedeutende Schwellung in der linken Achselhöhle, anscheinend Abscedierung vorbereitend. Abends gleicher Befund, Pat. schwach.

14. III. Morgens Temp. 40,2°. Erysipel im Fortschreiten. Schwellung in der Achselhöhle grösser. Schwäche, häufige Zuckungen, Verweigerung der Brust. Nun wird auf W.'s Drängen alles andere weggelassen und nur Umschläge mit 2%iger Creolinlösung auf die erkrankte Fläche gelegt und leicht fixiert. Die Wirkung war mehr als überraschend. Am Mittag desselben Tages Temp. 38,4°, um 2 Uhr 36,9°. Erysipel abblassend, Schwellung in der Achselhöhle etwas geringer, keine Zuckungen, Brust wird genommen. Fortsetzung der Umschläge.

15. III. Temp. und sonstiges Verhalten normal. Erysipel geschwunden, Schwellung in der Achselhöhle gering; Harn violett, Stuhl schwärzlich. Auf der seit einiger Zeit völlig reactionslosen, glatten Narbe unterhalb des Kniees 2 Eiterblasen, durch welche sich Fäden abstossen. Aussetzen jeder Therapie.

16. III. Temp. und Befinden normal, Harn spärlich, normal gefärbt, Stuhl schwärzlich.

18. III. Völliges Wohlbefinden, Stuhl normal.

Interessant erscheint das rasche Eindringen des Mittels durch die äussere Haut und das energische Unschädlichmachen des Krank-

Digitized by Google

heitserregers, sowie die Reaction an den eingeschlossenen Fäden. W. hat diese günstige Wirkung des Creolins bei Erysipel schon öfter kennen gelernt. Bei Kindern genügt 2—5 %ige wässrige Lösung, doch bringt auch concentriertere keinen Schaden.

---

273) **L. Fürst.** Kann man Impfpocken aseptisch halten?

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 39.)

F. empfiehlt nochmals seinen Occlusiv-Verband „Impfschutz", der sich seit 3 Jahren bestens bewährt hat. Er besteht aus einem ovalen, perforierten und mit einigen radiären Einschnittchen versehenen Kautschuk-Heftpflaster, auf dessen innerer Partie ein flacher, mit Holzwollwatte gefüllter Bausch von Dermatolgaze derartig befestigt ist, dass ein genügend breiter Pflasterrand ihn sicher fixiert. Der Preis eines 2 derartige Verbände (der eine wird gleich nach der Impfung, der 2. bei der Revision angelegt) enthaltenden Couverts ist ein sehr geringer (30 Pf.). Ausser der Billigkeit hat der Impfschutz*) noch folgende Vorzüge:

1. Er ist mit einem Handgriffe in wenigen Secunden aufgelegt und bedeckt die Impfstelle vollkommen, ohne die Schweissausdünstung zu unterdrücken (er ist perforiert!).
2. Er haftet ohne Binde u. dgl. bis zur Abnahme durch den Arzt.
3. Er schützt die frischen Impfwunden sowie die Pusteln vor Beschmutzen, secundärer Infection und mechanischen Insulten.
4. Er begünstigt nach der Revision das Eintrocknen der Pusteln und absorbiert, falls solche platzen oder zerdrückt werden, die Lymphe, ohne die offenen Pusteln einer Secundär-Infection durch Luft, Wäsche, Schmutz u. dgl. auszusetzen.
5. Es entspricht den gegenwärtigen Grundsätzen der Chirurgie in soweit, als diese bei der Impfung überhaupt durchführbar sind.

---

274) **Lueddeckens** (Liegnitz): Impfung und Mückenstiche.

(Ibidem.)

L. erlebte in der eigenen Famile folgenden Fall:

Am 1. VI. 99 impfte er sein $1^1/_2$jähr. Söhnchen auf dem rechten Arm (Glycerinlymphe aus dem Kgl. Lymph-Institut zu Oppeln), nachdem mehrere andere mit derselben Portion vorgenommene Impfungen einen normalen Verlauf genommen hatten. Am nächsten Tage wurde das Kind Nachmittags im Garten dermassen von Mücken zerstochen, dass im Gesicht allein etwa 15, an beiden Armen wohl ebenso viel Stiche zu zählen waren. Während nun im Allgemeinen streng darauf geachtet wurde, dass das Kind die geimpften Stellen nicht berührte, fand sich dazu doch Gelegenheit beim Ankleiden, besonders am 4. und 5. VI., also am 3. und 4. Tage nach der Impfung. Weiterhin wurde es ihm durch Verbände unmöglich gemacht. Schon am 6. VI. zeigten ein Mückenstich auf der Mitte des rechten Handgelenks, mehr noch ein anderer über dem Epicondylus externus des rechten Ellenbogens arge entzündliche Schwellung; sodann bildeten sich gleichzeitig mit den Schutzpocken an diesen beiden Stellen typische Blattern. Und nun entwickelten sich auch solche an anderen Stichstellen: vom 8. bis 12. VI. entstanden Pocken an der rechten Schläfe, 2 an der linken Wange u. s. w.; alle so gross wie die Schutzpocken. Sie machten auch sämtlich den gleichen Verlauf

---

*) Hergestellt von P. Hartmann in Heidenheim.

Digitized by Google

wie letztere und hinterliessen deutliche Narben. Natürlich dauerte das Fieber etwa 8 Tage. und das Allgemeinbefinden war während der ganzen Zeit ein recht schlechtes. Versuche, Entzündung und Pockenbildung durch antiseptische Mittel hintanzuhalten und die Eintrocknung durch Dermatolstreupulver zu fördern, fielen negativ aus.

Sicher fand hier die Uebertragung durch Kratzen von den Impfstellen auf die Mückenstiche statt, und die Sache hätte noch schlimmer werden können, wenn z. B. ein Stich auf einem Augenlide gesessen hätte.

---

275) **John T. Bowen** (Boston): Epidemien von Alopecia areata in einem Mädchenasyl.

(Journal of coutaneous and genito-urinary diseases, Sept. 1899. — Berliner klin. Wochenschr. 1899 No. 43.)

Bei einem 11 jähr. Mädchen, welches 8 Jahre in dem Asyl lebte, wurden verschiedene kahle Stellen gefunden, die sich in nichts von der gewöhnlichen Alopecia areata unterschieden. Nach einigen Wochen fand man dieselbe Affection bei einem 2. Mädchen des Asyls, und nach 4 Monaten waren von 69 Kindern 63 von derselben Krankheit in grösserer oder geringerer Ausdehnung befallen. Die Epidemie charakterisierte sich durch die geringe Grösse und die unregelmässige, eckige oder lineare Form der kahlen Flecken; nur wenige Male waren die gewöhnlichen grossen kahlen Stellen zu sehen. Nach 2 Monaten begannen in allen Fällen die Haare wieder zu wachsen, und nach 6 Monaten konnten nur noch ganz vereinzelte kahle Stellen gefunden werden. Das Mädchen, bei welchem die Affection zuerst entdeckt wurde, verliess das Institut, und war 3 Jahre fort; es ist nicht ganz sicher, ob hier nicht noch vereinzelte kahle Stellen bestanden haben, welche durch das andere Haar verdeckt wurden. 6 Jahre nach der 1. Epidemie trat dieses Mädchen wieder ins Asyl ein. In der Zwischenzeit waren hier keine Fälle von Kopfhautaffectionen beobachtet worden. 4—6 Wochen nach dem Wiedereintritt des Mädchens wurde deutliche Alopecia areata bei einer Kameradin gefunden, und 4—5 Monate nach dem Wiedereintritt hatten 26 von den 45 Kindern kahle Flecke von demselben kleinen, getüpfelten und eckigen Charakter, wie bei der 1. Epidemie. Mikroorganismen konnten nicht gefunden werden.

---

276) **Fr. Brosin** (Dresden): Pemphigusübertragungen im Wirkungskreise einzelner Hebeammen.

(Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1899 Bd. 40 Heft 3. — Wiener medic. Presse 1899 No. 37.)

Schon vor Jahren sind solche Fälle beschrieben worden. Die verbesserte Asepsis und Schulung der Hebeammen hat aber nicht, wie zu hoffen war, diesen Erkrankungen ein Ende gemacht, was die 2 von B. mitgeteilten Erkrankungsreihen wieder beweisen. In der einen handelte es sich um 8 Erkrankungen mit 2 Todesfällen; zwischen die 6. und 7. Entbindung fällt eine 14 tägige Carenzzeit, während welcher die Hebeamme aber doch ein pemphiguskrankes Kind besuchte. Die Hebeamme selbst erkrankte mit Pemphigusblasen an

Digitized by Google

den Fingern. In der 2. Reihe 9 Fälle mit 5maligem letalem Ausgang. Während bei der ersten Hebeamme alle Kinder erkrankten, fallen bei der zweiten die 9 Fälle auf 64 Geburten. An der Hand dieser Beobachtungen stellt B. zunächst fest, dass der Pemphigus neonatorum, für den er auf Grund von Litteraturangaben eine Mortalität von 25 % berechnet, keineswegs als eine so benigne Erkrankung anzusehen ist, wie man anzunehmen gewohnt ist. Als sein Contagium ist der Staphylokokkus pyogenes aureus zu betrachten; zur Erkrankung bedarf es keiner ersichtlichen Eingangspforte, wenn auch mechanische und thermische Schädigungen die Einimpfung erleichtern werden. Stets finden wir bei solchen Epidemien das Auftreten vereinzelter Blasen bei älteren Geschwistern, Wärterinnen und Hebeammen; besonders die Brüste der Stillenden sind für den Pemphigus empfänglich. Doch kommt es hier überall eben nur zum Ausbruch einzelner Blasen, nie zu einer Verbreitung, die für das Allgemeinbefinden gefährlich werden könnte.

Prophylaktisch sind zum Schutze des eigenen Körpers des Neugeborenen sogleich die ersten Blasen antiseptisch zu isolieren, ferner die Verschleppung auf andere Neugeborene zu verhüten: Hebeammen, denen ein Kind an Pemphigus erkrankt ist, muss peinlichste Sauberkeit anbefohlen werden, und bei mehrfacher Erkrankung sind sie einer 2—4wöchentlichen vollkommenen Carenz zu unterwerfen. Eine Absonderung älterer Geschwister hält B. nicht für erforderlich, doch ist ein Benutzen gleicher Waschgeräte, derselben Pflegerin u. s. w. zu vermeiden.

---

277) **Funk** (Warschau): Notiz über Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris disseminatus mittelst Guajacolpinselungen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 No. 5.)

Lupus vulgar. disseminat. (Lupus miliaris) bildet zweifellos eine besondere Abart der Hauttuberculose und entsteht in acuter Weise in Form von zahlreichen miliaren, an der Hautoberfläche zerstreuten Knötchen, besonders bei Kindern unmittelbar nach Masern, seltener nach Scharlach und Windpocken. Die Knötchen wachsen rasch, oft bis Erbsengrösse (seltener darüber), bleiben dann jahrelang unverändert (Nachschübe nur ausnahmsweise!). Zahl der Efflorescenzen meist 10—50 (in manchen Fällen aber viel mehr!), die meisten an den Extremitäten, die wenigsten im Gesicht (bleibt oft ganz frei!). Einzelne sind kreisrund, scharf begrenzt, ältere und grössere können (bis $^1/_4$ cm) flächenartig sich über das Hautniveau erheben. Sie sind meist gelbbraun (Apfelgelee), seltener braunrot oder bläulichrot, oft halbdurchsichtig, an der Oberfläche glatt und glänzend oder auch leicht abschuppend. Einzelne bestehen manchmal aus 2—3 kleinen Knötchen. Sie exulcerieren nur ausnahmsweise. Manchmal sind gleichzeitig andere tuberculöse Processe zu constatieren.

F. berichtet nun von 2 eigenen Fällen. Den ersten behandelte er 1897. Der 3jährige, gut genährte Knabe erkrankte unmittelbar nach Masern, d. h. vor einem Jahre; an Rumpf und Extremitäten

Digitized by Google

ca. 30 erbsengrosse braune Knötchen, etwa $^1/_4$ cm erhaben; am Septum cutaneum nasi 2 kleinere exulcerierte Knötchen. Pinselungen mit reinem Guajacol. Nach 2 Monaten sämtliche Knötchen verschwunden mit Hinterlassung seichter weisser Narben. Fall 2, 1899 beobachtet, betraf ein 3jähr. Mädchen, das vor $^1/_2$ Jahr nach Masern an Lupus erkrankte. 16 bis erbsengrosse typische Knötchen an Rumpf und Extremitäten; an der linken Wange eine 10pfennigstückgrosse, flache Efflorescenz mit narbigem Centrum und typischen Knötchen an der Peripherie, am Knie eine erbsengrosse Efflorescenz vom Typus des Lupus verrucosus. Guajacolpinselungen 2mal täglich. Nach 3 Monaten sah F. das Kind wieder; sämtliche Knötchen vom Lupus vulg. dissemin. mit seichten weissen Narben verheilt, die Efflorescenzen an Wange und Knie unverändert.

Diese Fälle zeigen also, dass Lupus vulg. dissem. wenigstens bei Kindern durch jene schmerzlose Therapie radikal beseitigt werden kann, während andere Formen des Lupus unbeeinflusst bleiben; letzteres ergab sich auch aus Versuchen, die mit einfachem Lupus vulgar. angestellt wurden.

---

278) **C. A. Ewald.** Die Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten und ihre prophylactischen und curativen Erfolge.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 37.)

E. betonte in diesem auf dem Berliner Congresse zur Bekämpfung der Tuberculose gehaltenen (28. V. 99) Vortrage zunächst, wie sehr es darauf ankommt, die Prophylaxe bei dem frühen Kindesalter in erster Linie eingreifen zu lassen und gegen diejenigen Kinderkrankheiten zu richten, die notorisch die spätere Entwickelung der Tuberculose begünstigen oder bei bereits erfolgter Infection von lokalen umschriebenen Herden zu einer Allgemeinerkrankung steigern. Hierher gehören die allgemeinen Schwächezustände nach acuten ansteckenden Krankheiten wie Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Masern etc., ferner Anämie und Chlorose, die verschiedenen, zunächst nicht tuberculösen Erkrankungen des gesamten Respirationsapparates, also auch der Nase und des Rachens und Kehlkopfs, und endlich hauptsächlich die eigentlich scrophulösen Erkrankungen. Endlich gehören hierher die ersten Anfänge der Tuberculose, wie sie sich in lokalen Herden an den Knochen, den Drüsen, an den Sinnesorganen u. s. w. und schliesslich am Respirationstractus kundgeben. Allen diesen Pat. droht in ganz besonderem Masse die bacilläre Infection und, soweit sie bereits inficiert sind, die stetige Weiterausbreitung des Processes.

Die Zahl derartig erkrankter Kinder ist eine erschreckend grosse, namentlich in den unteren Volksklassen. Erfreulicher Weise besitzen wir wahre Heilmittel prophylactischer Art. Es sind dies die Soolbäder im Binnenlande, vor allem aber die Heilfactoren, welche der Aufenthalt an der Seeküste, Seeluft und Seebad, gewähren. Mit letzteren beiden Factoren lassen sich, wie übereinstimmend von allen Seiten berichtet wird, Heilerfolge erzielen, wie sie mit anderen Mitteln bisher nicht zu ermöglichen waren. Es ist die ausserordent-

Digitized by Google

liche Reinheit der Luft, der Salzgehalt und Feuchtigkeitsgrad derselben (im Durchschnitt ca. 80 %), ihre Dichtigkeit, die Luftbewegung, die Belichtung, die geringen täglichen Schwankungen und die relative Gleichmässigkeit der Temperatur, welche im Sommer nicht zu hoch, im Winter nicht zu tief ist, welche diese Erfolge bewirken. Man macht sich gewöhnlich nicht klar, dass die mittlere Temperatur im Winter in Norderney um 1—2° höher wie in Berlin und Wiesbaden liegt, dass auf den deutschen Nordseeinseln die Edelkastanie reift, der Lorbeer im Freien auf Helgoland und Föhr überwintert, und ein immergrüner, der südlichen Flora angehöriger Strauch, Evonymus japonicus, auf Norderney, Föhr, Sylt vorkommt, ja dass in Norderney die Rosenzucht bis in den Winter hinein fortgesetzt wird!

Seit längerer Zeit geht man nun daran, die Wohlthaten des Seeaufenthaltes ärmeren Kindern zu teil werden zu lassen, indem man Kinderheilstätten an der Küste errichtet. Erst kam das grosse Hospiz in Norderney, das jetzt 250 Betten hat, dann das Seehospiz Kaiserin Friedrich daselbst und viele andere, zum Teil durch den „Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten" (dessen Generalsekretär E. ist) errichtet; so in Wyk, Gr. Müritz, Zoppot etc. Die Bettenzahl schwankt hier zwischen 40—80, die jährliche Frequenz zwischen insgesamt 1200—1300 Kindern (für Norderney 1898: 881). Die Berichte aus diesen Heilstätten beweisen eclatant die Heilkraft des Seeaufenthaltes. Dr. Rode stellte jetzt die Erfahrungen zusammen, welche im Seehospiz Kaiserin Friedrich in Norderney in den letzten 10 Jahren (1889—1898) bei 7561 Pfleglingen gewonnen worden sind. Von diesen hatten:

949 Krankheiten tuberculöser Natur, und zwar 24 mit schwerer Lungenphthise, mit Cavernen, Fieber, Nachtschweissen (8,3 % gebessert, 91,66 % ungeheilt);
107 mit chron. Pneumonie und Lungeninfiltrationen; Tuberkelbazillen, aber fieberfreie Pat. in relativ gutem Kräftezustand (geheilt 5,61 %, gebessert 71,69 %, ungeheilt 22,42 %);
112 mit Residuen nach Pleuritis (geheilt 43,75 %, gebessert 51,76 %, ungeheilt 4,46 %);
265 mit suspectem Katarrh der Lungenspitze, deren Mehrzahl hereditär belastet war oder Habitus phthisicus und die Symptome eines chron. Katarrhs hatte (geheilt 45,28 %, gebessert 50,94 %, ungeheilt 3,79 %);
441 mit Tuberculose der Knochen und Gelenke, Haut, Drüsen (geheilt 14,05 %, gebessert 76,18 %, ungeheilt 9,75 %).

Man sieht hieraus wieder, dass die vorgeschrittenen Fälle im Seeklima nichts zu hoffen haben. Von 24 Fällen blieben 22 ungeheilt, sie verschlechterten sich noch und starben zum Teil in Norderney, z. T. bald nach der Entlassung. Kranke mit grösseren Cavernen, eitrigem Auswurf, hectischem Fieber und Nachtschweissen gehören keinesfalls an die See! Viel günstiger, ja zum Teil glänzend gestalten sich die Erfolge bei allen anderen Kategorien; von **2384** in den 10 Jahren aufgenommenen Kindern mit Anämie und Chlorose (darunter sicher ein Teil zur Phthise disponierter) wurden geheilt 1130 (=47,39 %), gebessert 1237 (=51,88 %), ungeheilt 17 (=0,71 %). Des Ferneren bilden die **441** Fälle von

Digitized by Google

Tuberculose der Knochen etc. nur einen Bruchteil der Gesamtgruppe der Scrophulose, aus der sie wegen besonders manifester tuberculöser Erkrankung herausgenommen sind. Die Gesamtsumme dieser Gruppe beziffert sich auf 2341 Fälle, davon geheilt 608 (= 25,97 %), gebessert 1656 (= 70,74 %), ungeheilt 77 (= 3,28 %).

Es ist selbstverständlich, dass ein constitutionelles Leiden, wie die Scrophulose, je nach Art und Schwere der Erkrankung auch kürzere oder längere und unter Umständen langer Zeit zur Heilung bedarf. Je früher solche Pat. an die See kommen, je besser noch ihr Kräftezustand ist, je länger sie ihren Aufenthalt ausdehnen, desto besser sind ihre Aussichten. Darin aber, dass für die Anfangsstadien der Schwindsucht die Seeluft das sicherste Heilmittel, stimmen alle Autoren überein, ebenso wie darin, dass der Aufenthalt an der Seeküste keineswegs zur Hämoptoë disponiert. Rode beobachtete in den 10 Jahren nur 2 mal Lungenblutung mässigen Grades, obwohl sich unter den Pfleglingen eine grössere Anzahl befand, welche mit der Bemerkung „hat wiederholt Hämoptoë gehabt" eingeschickt wurden. Auch hier bestätigt sich ferner die besonders von Calot hervorgehobene Thatsache, dass die chirurgischen Interventionen bei tuberculöser Ostitis und Caries, Arthritis, Spondylitis, bei Lupus, Ulcerationen der Haut und Drüsen etc. an der See besonders günstig verlaufen. Unter den Geheilten befanden sich Kinder, die Monate und Jahre lang in chirurgischen Stationen im Binnenlande vergeblich auf Heilung, auf Vernarbung von Geschwüren und Fisteln gewartet hatten. An operativen Eingriffen hatte es nicht gefehlt, aber die notwendigerweise zurückbleibenden kleinsten Infectionskeime konnte der geschwächte Organismus nicht überwinden und erlag immer von Neuem den schädigenden Einflüssen derselben; erst dem tonisierenden Einfluss des Seeklimas gelang es, die Gewebe soweit zu kräftigen, dass sie den Kampf gegen die Mikroorganismen mit Erfolg aufnehmen konnten.

Die oben skizzierten Erfolge mit ca. 50 % Heilung in geeigneten Fällen sind besser als die in italienischen Seeheilstätten erzielten (ca. 35 %), bleiben dagegen erheblich zurück hinter denen französischer und belgischer Anstalten (70—80 % bei Scrophulose). Woher letzteres? Wohl hauptsächlich kommt das daher, dass dte Pat. in jenen Hospizen viele Monate, ja Jahre bleiben, und dass viele Fälle in der That erst in einem prolongierten Gebrauch der Seeluft und Seebäder ihre Heilung finden. Auch bei uns fehlt die Erfahrung nicht, dass Fälle, die mehrere Sommer hintereinander an die See kommen oder hier dauernd bleiben dürfen (Unterbringung als Lehrlinge etc.) eclatant beeinflusst werden. Aber die Mehrzahl unserer Pat. bleibt viel zu kurze Zeit da. Wenn der Verein in der Lage wäre, seine Pfleglinge statt 4—6 Wochen 4—6 Monate an der See zu lassen, dann wären die Resultate noch ganz andere! Dabei sei betont, dass eine 20jährige Erfahrung gelehrt hat, dass auch sogen. Winterkuren sehr günstig wirken, oft sogar besser als Sommerkuren. Aber was wollen unsere wenigen Erfolge gegenüber den unendlichen Massen von Kindern, die ihrer bedürfen?! Dringend und unabweisbar allen diesen Hilfe erheischenden armen Geschöpfen gegenüber ist die Forderung nach

Digitized by Google

vielfachen Vermehrung und Erweiterung unserer Kinderheilstätten. Diesen Zweck zu erreichen, den Seehospizen weiterhin das wärmste Interesse zuzuwenden, das bezweckt der Vortrag E.'s.

---

279) **E. Wormser.** Eine Gefahr der Brütapparate.
(Aus der geburtshilfl. Klinik zu Basel.)
(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 38.)

Die üblichen Brütapparate bieten sämtlich gewisse Gefahren. In erster Linie functionieren die Reguliervorrichtungen der Temperatur nicht immer genau, sodass man dieselben fortdauernd controllieren muss. Sonst kann es vorkommen, dass zu Zeiten Ueberhitzung eintritt und man das Kind in Schweiss gebadet vorfindet. Auch die Ventilationsverhältnisse lassen viel zu wünschen übrig, selbst wenn die Ventilationsöffnung eine genügende ist. Das Problem, grössere Mengen frischer und dabei gut vorgewärmter Luft ins Innere des Kastens gelangen zu lassen, harrt noch der Lösung, und so ist die Luft, die von den Kindern eingeatmet wird, meist keine sehr gute. Der grösste Fehler jedoch, der den Apparaten anhaftet, ist ihre Enge, sodass der Luftkubus ein viel zu geringer wird. Der Brütschrank der Basler Klinik hat schon ganz ansehnliche Grösse, und doch kommt auf jedes Kind nur ein Luftkubus von 0,05 cbm oder per kg Körpergewicht — das Kind à 2000 g gerechnet — 0,025 cbm; für den Erwachsenen verlangt die Hygiene einen Luftkubus von 17—25, im Mittel 21 cbm, was pro kg Körpergewicht (Durchschnitt 70 kg) 0,3 cbm ausmacht: mehr als das 10fache der dem Kinde im Brütapparat gewährten Luftmenge.

Wenn trotzdem die Resultate der „Couveuse“ im Allgemeinen befriedigen, so liegt dies eben daran, dass auf die betreffenden Kinder auch in jeder anderen Beziehung besondere Sorgfalt verwendet wird. Denn Wärme allein thut es nicht; es braucht gute Ernährung in 1. Linie (Muttermilch), ferner sorgsame Pflege überhaupt. Wenn alle Vorbedingungen erfüllt sind, kann freilich viel erreicht werden. Das kleinste Kind, welches in der Basler Klinik bis jetzt „ausgebrütet“ wurde, wog 1170 g und erreichte im Brütofen bei Ammenmilch und aufmerksamer Pflege im Verlauf von 40 Tagen 2000 g.

Eine ernste Gefahr bringt nun noch die nur schwer durchführbare Ueberwachung der Kinder im Apparat mit sich, es kann Erstickung beim Brechact eintreten, wie ein jüngst in der Klinik vorgekommener Fall lehrte. Ein Kind, das aus äusseren Gründen mit der Flasche ernährt wurde, trank 24 Stunden nach der Geburt, 11 Uhr Nachts zum letzten Male. Als 2 Stunden später die Wärterin ihm wieder seine Ration geben wollte, fand sie es bereits totenstarr im Brütofen liegen; Reste erbrochener Milch auf der Unterlage wiesen schon auf die Veranlassung des Exitus hin, und der Verdacht fand bei der Autopsie auch Bestätigung. Hätte das Kind in seinem Bettchen gelegen, wäre man durch Hustenstösse aufmerksam geworden, die aber im Apparat ungehört verhallten. Man wird künftighin deshalb die Kinder nicht sofort nach dem Trinken in denselben zurücklegen dürfen, sondern erst, nachdem sich gehörige Ructus ein-

Digitized by Google

gestellt haben und event. zu viel genossene Milch erbrochen worden ist, und man wird auch dann öfters das Kind zu überwachen haben.

---

280) **Stetter.** Zur conservativen Specialbehandlung der chron. Mittelohreiterung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 37/38.)

Im Laufe des verflossenen Jahres ist es St. gelungen, einige Fälle von alten chron. Mittelohreiterungen zur Heilung zu bringen, die, wie eine Nachuntersuchung ergab, auch bis jetzt noch anhielt, sodass St. es für richtig hielt, das von ihm geübte Verfahren zu veröffentlichen, damit die Behandlung und Heilung einer leider so häufigen und schwer erfolgreich zu bekämpfenden Erkrankung jedem prakt. Arzte möglich werde. Die Radikaloperation wird nie Gemeingut der Aerzte werden, auch ist sie nicht ungefährlich und durchaus nicht radikal, da Recidive häufig vorkommen. Wenn, wie es bei der grössten Mehrzahl der chron. eitrigen Mittelohrentzündungen thatsächlich der Fall ist, eine relativ grosse Perforation des Trommelfells besteht, durch welche hindurch wir Zugang zum Mittelohr erhalten, so musste es gelingen, die vorliegenden Hindernisse zu überwinden und das Ohr derartig vom Eiter zu reinigen, dass mit Erfolg medikamentöse Lösungen in Gebrauch genommen werden können. Hindernd sich in den Weg stellen könnten sich Grösse und Lage der Perforationsöffnung und Dicke und Zähigkeit des Eiters. Das erstere Hindernis lässt sich durch Vergrösserung der Oeffnung mit dem Messer beseitigen. Um aber das zähschleimige Secret in ein dünnflüssiges zu verwandeln, das nicht so fest an der kranken Schleimhaut und den Gehörknöchelchen klebt, liess St. folgendes Verfahren mit Erfolg anwenden: Man lässt eine 2 %ige Lösung von Kal. jodat. herstellen, der (auf 100 g) 20 Tropfen Lysol. pur. beigemischt werden. Nachdem das Ohr mittelst eines in dieser Lösung angefeuchteten Wattetampons sorgfältig gereinigt ist, wird der ganze Gehörgang 3—4 mal am Tage mit der erwärmten Lösung vollgegossen, dieselbe 5 Minuten lang im Ohre belassen und durch die Traguspresse tief ins Mittelohr bis möglichst zum Abflusse durch die Tube hineingedrückt, dann durch Neigen des Kopfes herausgelassen, und nun ohne vorherige Austrocknung der Gehörgang mit einem in dieselbe Flüssigkeit getauchten Wattetampon gut verschlossen. Nach wenigen Tagen bereits verliert der Eiter seine schleimige Beschaffenheit, und nun ist es möglich, die Aufsaugung des sämtlichen in den Nischen und Falten des Mittelohrs befindlichen Eiters zu erreichen, und zwar mittelst der dazu ausgezeichnet geeigneten Haug'schen Chinolin-Naphthol-Gaze*), welche wegen ihrer Weichheit ganz tief eingeführt werden kann. In wenigen Tagen bei 2 maligem Wechsel der Gaze innerhalb 24 Stunden lässt sich bereits Abnahme der Eiterung wahrnehmen, sodass bald der Gazetampon nur noch 1 mal in 24 Stunden erneuert zu werden braucht, dann 2—3 Tage, sogar 8 liegen gelassen werden kann, bis schliesslich die Eiterung ganz aufhört (die Gaze wird dann nur noch zum Schutz

*) Verbandstofffabrik v. A. Aubry, München.

Digitized by Google

gegen äussere Schädlichkeiten und event. Reinfection vom Gehörgang aus in diesen eingeführt). Um die vom Nasenrachenraum her drohende Infectionsgefahr möglichst auszuschliessen, lässt man nach Beseitigung der Ohreiterung noch eine zeitlang Inhalationen von Kal. chloric.-Lösungen gebrauchen. Bei denjenigen Fällen, bei welchen zu gleicher Zeit Erkrankungen des Nasenrachenraumes (Katarrh oder adenoide Wucherungen) vorliegen, müssen selbstredend diese zusammen mit resp. vor dem Ohrleiden behandelt werden. Die Vegetationen werden ausgekratzt, gegen die Katarrhe helfen gleichfalls Kal. chloric.-Inhalationen und die sehr zu empfehlenden 1—$1^1/_2$ %igen Lösungen von Zink. sozojodolic., welche mittelst eines Refraichisseurs durch die Nase verstäubt werden. Auf diese Weise gelang es St., bisher 28 Fälle von alten chron. Mittelohreiterungen definitiv zu bessern, insofern, dass das lästige Symptom des Eiterausflusses verschwand (bis jetzt 6—$4^1/_2$ Monate). Das Gehör kann natürlich nicht mehr zur Norm zurückkehren. Sind Granulationswucherungen vorhanden, so müssen auch sie vorher beseitigt werden. Das geschieht durch Aetzung mit Acid. trichloracet. pur., bei sehr grossen mittelst der Schlinge oder dem Galvanokauter. Ist keine isolierte Granulation vorhanden, aber eine gleichmässige, polsterartige, dunkelrote Schwellung der Schleimhaut der Promontorialwand, so ist Einlegung eines in 10 %ige Trichloracet.-Lösung getränkten Tampons zu empfehlen. Nun ist manchmal der Eiter furchtbar fötid riechend, was als Indikation zur Operation von mancher Seite angesehen wird. In der That lässt sich diese fötide Sekretion schwer beseitigen, doch hat St. jetzt ein Mittel kennen gelernt, mit welchem es gelingt, jene zu beseitigen. Es ist das Menthoxol*), welches, mit gleichen Teilen Wasser verdünnt, mehrmals täglich eingegossen, den üblen Geruch nach kurzer Zeit zum Verschwinden bringt (auch danach Einlegen der Haug'schen Gaze!). Dass Menthoxol ein so ausgezeichnetes Desodorans und Desinficiens ist, verdankt es seiner Zusammensetzung. Beim Einlegen des Tampons in den mit Eiter gefüllten Gehörgang behufs Reinigung desselben, gewahrt man lebhafte Gasentwickelung, indem das Menthoxol wasserfreies Wasserstoffsuperoxyd enthält, das in Berührung mit Eiter Sauerstoff abgiebt, wobei das Menthol in Alkohol gelöst zurückbleibt. Wir haben also hier im Menthol, Wasserstoffsuperoxyd und Alkohol 3 mächtig desodorierend und desinficierend wirkende Mittel gleichsam in statu nascendi an Ort und Stelle in Thätigkeit.

Natürlich kommt man nicht immer ohne Operation aus. Wo Symptome von Beteiligung des Warzenfortsatzes vorliegen, wo also Periostitis des Proc. mastoid., Fistelbildung im Gehörgang oder auf dem Proc. mastoid., Gehirnerscheinungen u. s. w. vorhanden sind, ist jene indiciert, freilich ist nicht stets gleich Eröffnung des Antrum mastoid. notwendig, und hat St. z. B. durch die Wilde'sche Incision allein bereits eine Anzahl derartiger Pat. mit einer chron. Media und Periostitis des Proc. mastoid. definitiv geheilt, indem gleichzeitig mit der Vernarbung der Incision sich auch die Eiterung aus dem Mittelohr verlor. St. giebt also folgende Vorschrift: „Eine Periostitis des Proc. mastoid. allein erfordert noch nicht unbedingt die Radikal-

*) K. Raspe, Weissensee bei Berlin.


Digitized by Google

operation, sondern es ist dann nach 2tägiger erfolgloser Anwendung von Burow'schen Umschlägen erst die Wilde'sche Incision zu machen; lässt dann aber die gewöhnlich schnelle Vernarbung länger als 2, höchstens 3 Wochen auf sich warten, wobei sich gewöhnlich in der Wunde pilzförmig wuchernde, schwammige Granulationen bilden, und zeigt die Mittelohreiterung gar keine Tendenz zur Heilung, so ist dann die Radikaloperation nach Stacke sofort anzuschliessen. —

Bezüglich der Chinolin-Naphthol-Gaze macht St. noch eine empfehlende Bemerkung. Er hat jetzt mehrere Fälle (2 nach Masern, 2 während Influenza, 7 während und nach acutem Schnupfen) von acuter eitriger Mittelohrentzündung gleich von Anfang an, nachdem die Perforation des Trommelfells eben erst spontan entstanden war, sofort mit der Gaze und gleichzeitigen Inhalationen von Kal. chloric.-Lösungen rasch mit Insufflationen von Kal. sozojodolic. (bei den Schnupfenfällen) behandelt und in durchschnittlich 4 Tagen absolut geheilt, d. h. mit Sistierung der Eiterung, Verschluss der Perforation und Wiederherstellung normaler Function. Vielleicht nähern wir uns so dem Ziele, dass jede acute Mittelohreiterung von jedem Arzte geheilt werden wird und damit die Zahl der veralteten Eiterungen mit ihren Gefahren sich bedeutend verringert.

---

281) **H. Gutzmann.** Ueber die angeborene Insufficienz des Gaumensegels.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 37.)

In Rüdinger's „Beitrag zur Morphologie des weichen Gaumens" wird hervorgehoben, dass „die individuellen Verschiedenheiten am weichen Gaumen, besonders bezüglich der Stärke ihrer Ausbildung sehr gross sind. Vergleicht man in dieser Hinsicht mehrere Individuen und die beiden Geschlechter miteinander, so ergeben sich bedeutende individuelle Differenzen. Nicht minder auffallend erscheint die Asymmetrie der Muskeln, welche nicht nur an den Hebern und Depressoren des weichen Gaumens, sondern auch an dem Azygos uvulae selbst wahrzunehmen ist." Diese Beobachtung Rüdinger's lässt sich leicht bestätigen, wenn man eine grössere Anzahl Gaumensegel in Sagittal- und besonders in Frontalschnitten genauer untersucht. Die Verhältnisse der Muskeln zu einander in den Frontalschnitten sind so wichtig und für die Functionskenntnis des Gaumensegels so entscheidend, dass es sich wohl lohnt, derartige Durchschnitte näher zu betrachten, um die Frage der angeborenen Insufficienz des Velum sicherer entscheiden zu können.

Was schon Rüdinger nachweist und was den meisten früheren Autoren widerspricht, ist besonders der Umstand, dass der Azygos uvulae auch wirklich ein Azygos ist, das heisst ein einfacher Muskel, in den weitaus meisten Fällen wenigstens. Unter 15 von G. selbst geschnittenen Gaumensegeln hat er ihn nur einmal doppelt gefunden, während noch Luschka behauptet, dass er nur ausnahmsweise unpaar sei, gewöhnlich dagegen aus zwei durch eine Spalte getrennten Seitenhälften bestehe. Die Frontalschnitte zeigen, dass diese Auf-

Digitized by Google

fassung, die bei der makroskopischen Untersuchung der direkten Präparierung leicht möglich ist, bei Serienschnitten sich als unrichtig erweist. Etwas oberhalb der Basis des Zäpfchens, und zwar im Durchschnitt 5 mm, ist diejenige Stelle, die bei dem Einblick vom Munde her auf den Gaumen sich bei der Erhebung des Gaumensegels am stärksten in die Höhe zieht. Gerade wenn man an dieser Stelle die Frontalschnitte genauer ansieht, so findet man, dass sich hier die Muskeln des Levator, des Petro-salpingo-staphylinus, bandartig in Form eines nach unten convexen Bogens zeigen und mehrfach, manchmal stärker, manchmal geringer, von den Fasern ihrer eigentlichen Antagonisten, der Arcusmuskeln, gekreuzt werden. Während noch Luschka meint, dass der von ihm so genannte Musc. thyreo-phar-palatinus, das heisst die Muskelfasern, die in dem Gaumenrachenbogen liegen, imstande seien, den physiologischen Gaumensegelabschluss wesentlich zu befördern, indem sie das Gaumensegel nach hinten schieben und somit die Function des Levator und die des Constrictor superior für den Abschluss des Cavum pharyng. nasale gleichsam verstärken, zeigt sich durch die Serienschnittuntersuchung sehr bald, dass beide Bogenmuskeln, sowohl die im Arcus pharyngo-palatinus wie die im Arcus glossopalatinus Antagonisten des Levator sind; sie können also sehr wohl bei angeborener Verkürzung der Bogen die normale Wirkung des Levators stören oder auch ganz hindern.

Die Hauptmasse der Substanz des weichen Gaumens besteht aus Schleimdrüsen, die in einer gewissen Regelmässigkeit angeordnet sind und durch die Raphe des weichen Gaumens deutlich in zwei Abteilungen getrennt werden. Zwischen beiden findet sich eine ziemlich starke bindegewebige Schicht, die in der Substanz des Gaumensegels sagittal in die Höhe steigt und so ein allerdings unvollständiges Septum des weichen Gaumens bildet. Sie weist uns auf die embryologische Entwickelung des Gaumensegels hin und ist gleichsam die Narbe der ja bei jedem Menschen intrauterin erfolgten Heilung der normalen Gaumenspalte.

Sowohl bei Frontal- wie bei Sagittalschnitten erkennt man, dass der Azygos uvulae durchaus nicht ein so nebensächlicher Muskel im Gaumensegel selbst ist, wie es den Anschein hat. Er entspringt von der Aponeurose des Tensor und zieht in ziemlich starker Lage schräg nach hinten. Seine einzelnen Muskelbänder umfassen an verschiedenen Stellen Drüsen, deren Inhalt durch die Contraction des Muskels ausgepresst werden muss, und durch diese Lagerung wird er als Drüsenmuskel deutlich charakterisiert. Im Zäpfchen selbst sind nur wenige Muskelfasern vorhanden. Während er an der Basis der Uvula noch ziemlich stark ist, werden die Fasern immer weniger zahlreich, je weiter man die Uvula nach der Spitze hin schneidet, und schon in der Mitte der Uvula sind nur wenige Fasern im Bindegewebsgerüst vorhanden. Die Hauptmasse des Muskels liegt sicher in der Substanz des weichen Gaumens.

Die oben bereits angedeutete Stelle, durchschnittlich 5 mm oberhalb der Basis der Uvula, ist die Grenze zwischen zwei Teilen, in die das Gaumensegel anatomisch sowohl wie physiologisch zerfällt: einen mehr horizontalen Teil, der eine ziemlich starke Muskulatur birgt,

Digitized by Google

und einen mehr vertical herabfallenden Teil, der bei weitem dünner ist, sehr geringe Muskulatur, dagegen ausserordentliche Drüsenanhäufungen zeigt. Merkel unterscheidet daher schon in den 50 er Jahren zwischen weichem Gaumen und Gaumensegel. Benennungen, deren erste er für den muskulären, deren zweite er für den mehr drüsigen Teil gebraucht wissen will. Auch bei der physiologischen Untersuchung lassen sich diese beiden Teile leicht auseinander halten. Bei der starken Erhebung des weichen Gaumens knickt sich derselbe an der bezeichneten Stelle rechtwinklig um, und wird zwischen dem horizontalen und dem mehr verticalen Teil noch weit stärker. Es unterliegt für G. keinem Zweifel, dass das Gaumensegel bei dem normalen Sprechen sich so hebt, dass ein mehr oder weniger starker Schluss zwischen hinterer Rachenwand und weichem Gaumen eintritt. Diese Schlussstelle liegt oberhalb der Basis des Zäpfchens, und sie wird verstärkt durch einen scharf vorspringenden Wulst an der hinteren Rachenwand, der von Passavant und Moritz Schmidt zuerst in seiner physiologischen Bedeutung erkannt wurde. Die anatomische Unterlage dieses Wulstes ist der Musculus pterygo-pharyngeus, der oberste Teil des Constrictor superior.

Aber schon Passavant und Moritz Schmidt haben nachweisen können, dass zu einer annähernd normalen Sprechweise nicht unbedingt ein absoluter Abschluss gehört. Schmidt führte, um dies nachzuweisen, zwischen weichen Gaumen und Rachen bei sich selbst der Reihe nach eine Anzahl von Röhren mit verschiedenem Lumen ein. Erst bei einem Lumen von 6 mm war die Sprache ganz nasal. Daraus geht hervor, dass eine ziemlich normale Sprechweise auch wohl denkbar ist, wenn der Gaumen nicht vollständig den unter gewöhnlichen Umständen physiologischen Schluss vollführt. In der That stimmt diese Beobachtung auch mit dem überein, was wir bereits seit Jahren in der sprachlichen Behandlung der angeborenen Gaumendefecte nach vollendeter Operation erfahren haben.

Diese anatomischen und physiologischen Bemerkungen schickt G. voraus, um die Schwierigkeit darzuthun, den Begriff der Insufficienz bei dem Gaumensegelabschluss klar zu stellen.

Insufficient ist das Gaumensegel, wenn es trotz anscheinend normaler Form und Beweglichkeit den physiologischen Rachenschluss nicht zu vollführen imstande ist.

Aus dem Vorhergehenden erhellt aber, dass ein derartig insufficientes Gaumensegel nicht notwendig zu einer auffallend fehlerhaften Aussprache führen muss. Daher kommt es auch, dass man bei zahlreichen Untersuchungen immerhin auch einige anscheinend normalsprechende Menschen vorfindet, bei denen der Abschluss nicht in der allgemeinen Form gemacht wird, sondern selbst bei Verschlusslauten und Reibelauten noch ein kleiner Zwischenraum zwischen Gaumensegel und Rachenwand offen bleibt. Vielleicht lässt es sich auch so erklären, dass es immer noch einige Autoren giebt, die hartnäckig daran festhalten, dass beim Sprechen kein absoluter Abschluss stattfinde. G. hält diese Anschauung nicht für richtig, und die sehr zahlreichen Versuche, die von vielen einwandsfreien Autoren über diese Frage gemacht worden sind, weisen auch immer wieder auf den Abschluss hin. In neuerer Zeit haben alle diese Untersuchungen

Digitized by Google

eine ganz besondere Stütze durch die Röntgen-Durchstrahlung gewonnen, und besonders durch die Anwendung geeigneter Blenden gelingt es, einen ziemlich scharfen Schatten des Gaumensegels auf den Schirm zu werfen und die Bewegung dieses Schattens deutlich zu verfolgen.

Damit eine nasale Sprache entsteht, ist nach den Versuchen von Schmidt ein gewisser Abstand des weichen Gaumens von der Anlagerungsstelle notwendig. In den abnormen Fällen wird dieser Abstand von der Länge und Form zweier Teile abhängen: einmal von seiten des Gaumensegels und zweitens von der Stärke des schon erwähnten Passavant'schen Wulstes. Ist das Gaumensegel bis zum Beginn seiner hängenden Hälfte kürzer, als es unter normalen Umständen der Fall ist, so kann diese Verkürzung leicht vicariierend durch einen stärkeren Passavant'schen Wulst ausgeglichen werden, und in der That sind die Vorsprünge, die bei der Intonation in jener Gegend sichtbar werden, bei den verschiedenen Individuen ausserordentlich verschieden. Sie sind ebenso verschieden, wie die Muskulatur des Gaumensegels selbst verschieden ist. Andererseits kann ein zwar nicht normales, aber doch nicht besonders stark verkürztes Gaumensegel durchaus nicht den physiologischen Anforderungen genügen dadurch, dass der Passavant'sche Wulst gering ist oder auch gänzlich fehlt, eine Erscheinung, die besonders nach atrophierendem Nasenrachenkatarrh öfter beobachtet werden kann.

Ueber die in Rede stehende Insufficienz hat 1892 Lermoyez eine grössere Arbeit veröffentlicht. Er stellt die Theorie auf, dass die Insufficienz niemals von einem zu kurzem Velum herrührt, sondern stets von einem zu kurzen harten Gaumen; er nennt sie deshalb auch l'insuffisance vélo-palatine und erklärt sie als eine Entwickelungshemmung, die nur den harten Gaumen beträfe. Dementsprechend behauptet er, fände man stets beim Nachfühlen unter dem Involucrum des Gaumens ein deutlich dreieckiges Klaffen am hinteren Ende des harten Gaumens; ferner sei in allen diesen Fällen die Uvula gespalten. Durch eine Anzahl von Messungen glaubt Lermoyez ferner nachgewiesen zu haben, dass die Länge des weichen Gaumens in allen diesen Fällen normal sei, dagegen nur der harte Gaumen stärkere Verkürzungen aufweise.

Seit dem Jahre 1891 hat G. Gelegenheit gehabt, eine grössere Anzahl (9) von Insufficienzen des Gaumenschlusses bei scheinbar normalem Gaumen und scheinbar normaler Beweglichkeit zu sehen. Die ersten vier Patienten beobachtete G. bis Ende des Jahres 1892. In 2 von diesen 4 Fällen war weder ein gespaltener Knochen nachzuweisen noch eine gespaltene Uvula; auch schien der harte Gaumen nicht verkürzt zu sein. In einem dieser Fälle war die Verkürzung des weichen Gaumens so gross, dass sie sofort ins Auge fiel. In einem Falle konnte man eine dreieckige Oeffnung in dem Knochen fühlen, in einem zweiten Falle war die Oeffnung im Knochen so klein, dass nur zwei kleine Knöpfchen an Stelle der Spina posterior gefühlt wurden. Hier war auch eine gespaltene Uvula vorhanden. Der nächste Fall von Insufficienz, den G. darauf zu Gesicht bekam, ist seiner Zeit der medicinischen Gesellschaft von Gluck vorgestellt worden aus Rücksicht auf die Hemihypoplasie des Gesichts und der Brust, die an dem jungen Menschen auffallend deutlich

Digitized by Google

wahrnehmbar war; auch zeigte sich bei ihm eine angeborene Narbe am rechten Mundwinkel, die wohl auf eine spätere Schliessung der Gesichtsspalte zu beziehen sein dürfte. Von dem Gaumen hat G. damals einen Abdruck genommen, der ebenfalls die Hypoplasie auf der rechten Seite deutlich erkennen lässt; auch zeigte sich die Raphe ausserordentlich stark entwickelt. Hier hob sich das Gaumensegel mehr nach der linken Seite, und obgleich G. damals nicht gemessen hat, so schien ihm doch die rechte Gaumensegelhälfte gegenüber der linken stark im Rückstande geblieben zu sein, jedenfalls entsprechend der Configuration des harten Gaumens. Beim sechsten Falle, den G. im vorigen Jahre zur Behandlung bekam, handelte es sich um ein Kind mit deutlichem Cretinismus, das sich körperlich und geistig sehr schlecht entwickelt hatte. Das Mädchen war gegenüber ihren Altersgenossinnen körperlich und geistig weit zurück, das Gesicht stark gedunsen, die Haut hängt in grossen Falten, die Glieder sind kurz, — mit einem Wort, es zeigten sich alle die Symptome, die ja für diese Zustände hinreichend bekannt sind. Ausserdem aber konnte G. eine sehr starke Insufficienz des Gaumens constatieren. Man hatte das ausserordentlich starke Näseln zuerst auf das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen bezogen, jedoch waren die vorgefundenen Wucherungen nur gering, und nach der Herausnahme desselben war die Sprache jedenfalls nicht besser als vorher. Die letzten 3 Fälle stammen alle aus diesem Jahre und sind zur Zeit noch in Behandlung. Der erste derselben betrifft ein 13jähriges, der zweite ein 14jähriges, der dritte ein 10jähriges Mädchen. Der Gaumen der ersten Patientin, zeigt scheinbar keine Besonderheiten, jedoch sieht man bei näherer Betrachtung, dass an dem hinteren Rande des harten Gaumens eine sehr starke Raphe beginnt. Die Uvula ist vollständig, wenn auch sehr klein und verkümmert aussehend und etwas nach links gerichtet. Der achte Fall betrifft eine junge Spanierin. Auch hier zeigte sich eine sehr starke, breite und etwas hervortretende Raphe in der Mittellinie des weichen Gaumens, eine Raphe, die jedenfalls nicht der normalen Raphe entspricht. Das Gleiche ist der Fall bei einem zehnjährigen Mädchen, der neunten von den Patienten, jedoch fühlt man hier eine kleine dreieckige Spalte im harten Gaumen. Bei diesen letzten drei Patientinnen hat G. genaue Messungen des harten und des weichen Gaumens vorgenommen und giebt die Zahlen kurz an:

Anna B., 13 Jahre. Länge des harten Gaumens von der Schneide der Incisivi ab gemessen 58 mm, weicher Gaumen bis zur Basis des Zäpfchens nur 14 mm. Distanz zwischen erhobenem Gaumensegel und hinterer Rachenwand bei Beginn der Uebungen 11 mm. Der harte Gaumen ist ziemlich schmal und hoch.

Theresa L., 14 Jahre. Der harte Gaumen 60 mm, der weiche 18; die Raphe ist sehr breit und weiss glänzend bis zur Basis des Zäpfchens.

Gertrud L., 10 Jahre. Länge des harten Gaumens 49, des weichen Gaumens bis zur Basis des Zäpfchens 16 mm, Abstand von der hinteren Rachenwand bei der Intonation 5 mm. Defekt im Knochen deutlich fühlbar.

Um die Zahlen vergleichen zu können, hat G. an 20 Individuen vom 5. bis zum 17. Jahr Gaumenmessungen vorgenommen, deren Resultat die Tabelle auf S. 438 zeigt.

Aus diesen Zahlen ergiebt sich deutlich, dass in jenen drei Fällen der harte Gaumen nicht verkürzt ist, dagegen eine deutliche Verkürzung des weichen Gaumens besteht, dass demnach die von Kayser ausgesprochene Ansicht, dass es sich in diesen Fällen jedenfalls ab und

Digitized by Google

No.	Namen	Alter	Länge des harten Gaumens	Länge des weichen Gaumens	Bemerkungen
1	Fritz B. . . .	5	40	23	
2	Adolf En. . .	5	38	22	
3	Franz H. . . .	6	50	24	Hoher Gaumen, aden. Veg.
4	Edgar S. . . .	6	40	20	
5	Annemarie G. .	6	42	23	} Geschwister.
6	Hermann G. .	7	43	22	
7	Max M. . . .	8	44	26	
8	Georg Neu. . .	8	42	25	
9	Arthur M. . .	9	45	25	Bruder von No. 7.
10	Elfriede St. . .	9	48	25	
11	Max H. . . .	11	43	28	
12	Willy R. . . .	12	42	25	
13	Max Ku. . . .	12	45	23	Sehr empfindlich, scroph.
14	Gustav T. . .	13	50	26	Adenoide Veget.
15	Emma Sch. . .	15	55	23	
16	Arthur For. . .	15	52	20	
17	Ida Kr. . . .	16	45	29	
18	Richard H. . .	17	61	23	
19	Anna Gsch. . .	17	58	28	} Zwillinge. No. 20 ist auffallend klein geblieben.
20	Auguste Gsch. .	17	48	32	

zu um eine Verkürzung des weichen Gaumens handele, hierdurch eine Stütze gewinnt. Nur in dem dritten der letztgenannten Fälle war ein Defect im Knochen unterhalb des Involucrum zu fühlen. Die Uvula war stets ungespalten.

Im Gegensatz zu diesen Befunden stehen viele, die von früheren Autoren veröffentlicht worden sind.

Die Fälle von Insufficienz des Gaumensegels sind im allgemeinen als seltene Erscheinungen angesehen worden, jedoch vermochte schon Lermoyez 12 derartige Patienten aus der Litteratur und aus eigenen Beobachtungen festzustellen. Schon nach den ersten Veröffentlichungen Langenbeck's über die Operation der Gaumenspalten berichtete Passavant über einschlägige Fälle, ebenso Langenbeck selbst, darauf Trélat, später Julius Wolff, dann Kayser in Breslau. Aus früherer Zeit stammen die Mitteilungen über ähnliche Fälle von Roux und Demarquay. Obgleich Lermoyez anzunehmen scheint, dass sich in allen den mitgeteilten Fällen vor seiner Zeit stets eine gespaltene Uvula vorgefunden habe, so hat G. doch in zweien der von ihm selbst angeführten Fälle diese Angabe vermisst. Auch bald nach seiner Veröffentlichung erschienen zwei Mitteilungen, die sich ebenfalls auf die Insufficienz bezogen, und zwar Mittheilungen von Egger und Castex. Egger teilt 2 Fälle mit; in beiden ist das Zäpfchen normal. In dem Falle von Castex ist weder ein Knochendefect noch eine gespaltene Uvula erwähnt. Daraus geht hervor, dass die von Lermoyez angegebenen Kennzeichen für die von ihm sogenannte Insuffisance vélo-palatine durchaus nicht regelmässig sind. Das einzige Kennzeichen, das wir mit ihm als das entscheidend annehmen, ist der zu grosse Abstand des

Digitized by Google

Gaumensegels von der hinteren Rachenwand, und wir müssen es für die einzelnen Fälle dahingestellt sein lassen, ob dieser Abstand hervorgerufen wird durch einen zu kurzen harten oder durch einen zu kurzen weichen Gaumen. Der physiologische Effect ist natürlich in beiden Fällen derselbe.

Die functionellen Merkmale sind vor allen Dingen die ausserordentlich fehlerhafte Sprache, das Nasalieren sämtlicher Vokale und Consonanten, die fehlerhafte Aussprache einer Reihe von Consonanten, so z. B. der Zischlaute, ferner in fast allen diesen Fällen die Mitbewegungen des Gesichts, die so entstanden gedacht werden müssen, dass die Patienten sich übermässig anstrengen, schärfer und deutlicher zu sprechen. Die physiologische Untersuchung ist relativ einfach. Wohl das beste Instrument, um einen Abschluss zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand nachzuweisen, oder das Fehlen derselben zu constatieren, ist die von Arthur Hartmann angegebene Anordnung. Hartmann führt zwei Oliven in die Nasenöffnungen und bläst nun in die eine mittelst eines Gebläses Luft, während der zu untersuchende Patient einen Vokal intoniert. Da sich dabei das Gaumensegel hebt und normaler Weise einen Verschluss an der hinteren Rachenwand vollführt, so tritt die Luft durch das andere Nasenloch in die zweite Olive und drückt von hier aus auf ein mit dieser zweiten Olive verbundenes Manometerrohr, und zwar so lange, bis das Gaumensegel dem entstandenen Drucke nicht mehr widerstehen kann und die Luft mit einem gurgelnden Geräusch an der hinteren Rachenwand herunterfährt. An dem Manometerrohr kann man ablesen, resp. durch einen aufgesetzten Schwimmer aufzeichnen lassen, wie gross der Druck war, den das gehobene Gaumensegel angehalten hat, und es zeigt sich dabei, dass der geringste Druck beim Vokal a, ein stärkerer bei o und e, der stärkste bei u und i wie bei den Consonanten, die normaler Weise durch den Mund gesprochen werden müssen, sich vorfindet. Untersucht man mittelst dieses Instruments die genannten pathologischen Fälle, so zeigt sich, dass selbst beim Anschlag derjenigen Vokale, die den stärksten Schluss erfordern, die Quecksilbersäule des Manometers absolut unbeweglich bleibt. Finden wir also, dass bei den Patienten das Gaumensegel anscheinend normal beweglich ist und dass trotzdem kein Abschluss gemacht wird, so müssen wir eine Insufficienz des Gaumensegelabschlusses constatieren.

Die Messung des Gaumens nimmt G. zur Vorsicht und zur Controle seiner Messungen sowohl am Lebenden wie am Gipsabguss vor. Am Lebenden geschieht die Messung mittelst eines dünnen, leicht biegsamen Drahtes aus Neusilber oder Aluminium, der, der Mittellinie des harten und weichen Gaumens eng anliegend, nur selten, in jenen oben angeführten 20 Messungen nur einmal, einen Würgreiz hervorruft. Am uvularen Ende hat der Draht eine deutlich sichtbare Millimetereinteilung. In zweien der von G. mitgeteilten Fälle zeigte sich, dass die höchst erhobene Stelle des Gaumensegels nicht um jene bereits genannte Stelle oberhalb der Basis der Uvula lag, sondern direkt an der Basis der Uvula, und es zeigte sich dabei auch, dass die Gaumenbögen offensichtlich bei der

Digitized by Google

Hebung des Gaumensegels stark gespannt waren. Während sie nämlich unter normalen Verhältnissen durch die Hebung des Gaumensegels langgestreckt sind und so naturgemäss sich einander nähern, zeigte es sich hier, dass sie bogenförmig straff blieben und deutlich der Erhebung des Segels einen Widerstand entgegensetzten. Da nach den bereits besprochenen anatomischen Verhältnissen die Arcusmuskeln als direkte Antagonisten der Levatoren aufzufassen sind, so könnte man wohl daran denken, in derartigen Fällen die Muskeln der Gaumenbögen zu durchschneiden, um den Levatoren ihre Arbeit zu erleichtern. In der That ist dies für die Gaumenspaltenoperation von Fergusson und später von Paul bereits empfohlen worden. G. glaubt, dass eine derartige, doch immerhin einfache Operation der Beweglichkeit des Gaumens nur zum grossen Vorteil gereichen müsste.

Ebenso leicht wie die Prüfung mittelst des Hartmann'schen Apparates ist die Prüfung mittelst einer einfachen Marey'schen Kapsel, die durch Gummischlauch und Olive einer Nasenhöhle verbunden wird. Die Aufnahmen, die man dabei bekommt, geben deutlich die Stärke des Nasendurchschlages an, und bei gleicher Spannung der Kapsel und gleicher Länge des zeichnenden Hebelarmes lassen sich die gewonnenen Resultate recht wohl vergleichen. Man findet nun in all diesen Fällen mehr oder weniger starke Durchschläge durch die Nase, am stärksten bei den Verschlusslauten und bei den Reibelauten.

Von einer gewissen Wichtigkeit sind die Nebenbefunde. Fast regelmässig findet man hypertrophischen Schwellungskatarrh der Nase, ganz regelmässig Hyperplasie der Rachenmandel und einen mehr oder weniger starken Nasenrachenkatarrh. Das Schlucken ist seltener behindert, jedoch wurde ab und zu berichtet, dass in früherer Zeit, als die betreffenden Patienten noch kleiner waren, auch darin sich genau das Gleiche zeigte, was wir bei der Gaumenspalte regelmässig beobachteten.

Die Differentialdiagnose gegenüber der Gaumenlähmung dürfte wohl keine Schwierigkeiten machen, dagegen ist mehrfach von den Autoren die vorhandene hyperplastische Rachentonsille als Ursache der fehlerhaften Sprache angesehen worden. Es giebt nun in der That Fälle, in denen eine hyperplastische Rachentonsille ähnliche Erscheinungen macht, und das kann so geschehen, dass einzelne Zapfen der Rachentonsille tiefer herabhängen und sich bei der Intonation als Hemmnis der Anlagerung des Gaumensegels an die hintere Rachenwand entgegensetzen. Eigentlich müsste bei hyperplastischer Rachentonsille nicht ein offenes Näseln, wie in allen diesen Fällen von Insufficienz, sondern ein verstopftes Näseln die natürliche Folge sein. In der That ist dies auch fast regelmässig der Fall. Dagegen gesellt sich zu dem verstopften Klange auch noch offenes Näseln, besonders bei Verschlusslauten und Reibelauten oft hinzu, und so haben wir dann die seltsame Erscheinung, dass im allgemeinen der Klang einer solchen Sprache zwar verstopft ist, aber doch eine ganze Anzahl von Lauten mit Geräusch einhergehen, was auf den nicht genügenden Verschluss zurückzuführen ist. Solche Befunde werden aber sehr leicht erkannt werden können, und die einfache Operation führt oft zur Beseitigung der Erscheinungen, allerdings nicht immer; denn es kommt vor, dass nach Beseitigung der mechanischen Hinder-

Digitized by Google

nisse das Näseln nun als functionelles zurückbleibt. Wenn man in solchen Fällen einige wenige Versuche und Uebungen anstellt, lernt der Patient meistens sehr rasch, worauf es beim Sprechen ankommt, und er verliert dann die nasalen Geräusche bald. Ganz anders ist es bei der wirklichen Insufficienz des Gaumens, wo man selten in kurzer Zeit Erfolge erzielen kann.

Ueber die ätiologischen Verhältnisse wissen wir nicht viel. Die Insufficienz ist angeboren, und alle Befunde stimmen darin überein, dass es sich hierbei stets um eine zu spät geschlossene normale Gaumenspalte handelt. Bekanntlich ist am Ende der achten Woche der embryonalen Entwickelung die physiologische Gaumenspalte geschlossen. Die Momente, welche Hemmungen der Entwickelung bedingen, sind uns zum grössten Teil unbekannt, sodass wir nur auf Vermutungen angewiesen sind. Die Erblichkeit spielt zweifellos eine Rolle. Es ist offenbar, dass bei dem späteren intrauterinen Schluss der physiologischen Gaumenspalte die sich schliessenden Teile des Gaumens an sich verkürzt sind, dass wir also regelmässig die Erscheinung haben, die wir bei der angeborenen Gaumenspalte ebenfalls antreffen, wo es sich niemals um einen in Länge und Breite normalen Gaumen handelt, der nur in der Mitte gespalten wäre, sondern wo mehr oder weniger starke Verkleinerungen der Teile vorliegen. Daher kommt es auch, dass nach der Operation der Gaumenspalte so häufig das neugewonnene Gaumensegel auch noch insufficient ist, das heisst nicht imstande ist, den physiologisch erforderlichen Rachenschluss auszuüben, und daher rührt es auch, dass alle Operateure sich die grösste Mühe gegeben haben, Methoden auszudenken, die von vornherein gleich eine Verlängerung des neugeschaffenen Gaumensegels in Aussicht nehmen.

Es fragt sich, ob nicht auch bei der angeborenen Insufficienz des Velum, falls es sich um eine grössere und schwer zu beseitigende Insufficienz handelt, eine Operation unter Umständen aushelfen müsste, die auf eine von den genannten Operateuren empfohlene Art auszuführen wäre. In den von G. behandelten Fällen ist es bis jetzt nicht nöthig gewesen, eine Operation anzuraten. G. ist stets damit ausgekommen, dass er das Gaumensegel durch starke Massage und starkes Anheben reckte. Auf diese Weise vermag man in der That allmählich die Distanz zwischen Velum und hinterer Rachenwand zu verkleinern, sodass entweder ein vollständiger Schluss eintritt oder doch der Abstand so gering wird, dass er die von Schmidt festgestellte Grenze erreicht hat. Alle Beobachter stimmen darin überein, dass im Laufe der Zeit und durch die Gewohnheit, durch die grössere Geschicklichkeit, durch die bessere Ausnützung der Musculatur die Patienten von selbst ohne besondere Uebung besser sprechen gelernt haben. Was in jenen Fällen spontan eingetreten ist, wurde bei den von G. erwähnten Patienten durch die massierende sprachliche Behandlung erreicht. Die Art und Weise, wie dabei vorgegangen wird, hat G. bereits vor einigen Jahren angegeben. Es handelt sich um ein hebelndes Instrument, das im wesentlichen aus einem platten Nickelindraht besteht, der, entsprechend der Formation des harten Gaumens gebogen, an seinem hinteren Ende einen harten Pflock aus Guttapercha trägt. Man kann mittelst dieses kleinen Instruments, das für jeden einzelnen Fall besonders gebogen wird, eine ausser-

Digitized by Google

ordentlich starke Einwirkung auf das Velum ausüben. Besonders in der ersten Zeit der Uebung werden die Weichteile stark gereizt und sehr rot. Man darf sich aber dadurch nicht abschrecken lassen, da im Gegenteil diese Reaction für die Function der Teile sehr wesentlich ist. Was nun die Resultate dieser hier kurz geschilderten Behandlung betrifft, so ist es G. mit Ausnahme zweier Patienten, die nicht lange genug aushielten, stets gelungen, die Sprache wesentlich zu bessern und das Nasalieren bis auf ein Geringes zum Verschwinden zu bringen. In 4 Fällen wurde eine vollständig normale Sprache erzeugt.

---

282) **Ganghofner.** Ueber Spasmus glottidis bei Tetanie der Kinder.
(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 41.)

Ueber das vielumstrittene Thema sprach G. auf der Münchener Naturforscherversammlung (Abteilung für Kinderheilkunde). Er berichtete, dass ihm verhältnismässig nur wenige Fälle von Laryngospasmus vorgekommen sind, bei welchen Latenzsymptome der Tetanie andauernd gefehlt haben. Diese Differenz gegenüber den Beobachtungen mancher anderer Beobachter sei wohl nur eine scheinbare und erkläre sich durch die verschiedene Auffassung über die diagnostische Verwertbarkeit der einzelnen Latenzsymptome. Oft ist es, namentlich ambulatorisch, unmöglich, das Vorhandensein des Trousseau'schen Phänomens und der Steigerung der elektrischen Erregbarkeit zu constatieren, auch wenn diese vorhanden sind. Werden nun derartige Fälle von Stimmritzenkrampf ausgeschieden und als besondere Form des Laryngospasmus aufgestellt, so verkleinert sich das Gebiet der kindlichen Tetanie in einer den thatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechenden Weise.

G. beobachtete in den letzten 3 Jahren 105 Fälle von Stimmritzenkrampf. Davon zeigten 61 (= 58 %) manifeste Tetanie oder doch Latenzsymptome, während bei den anderen 44 Fällen (= 42 %) teils nur Steigerung der mechanischen Erregbarkeit constatiert werden konnte (38 mal = 36 %), teils überhaupt kein Zeichen der Tetanie sich vorfand (nur 6 mal = 5,7 % aller Fälle). Auch in den vergangenen Jahren konnte G. bei seinem Material ganz ähnliche Verhältnisse feststellen, und auch Loos fand solche in Graz vor. Nach G.'s Meinung sind auch die 38 Fälle mit blosser Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Tetanie zuzuzählen, sodass dann von 105 Fällen 99 (= 94 %) Tetaniesymptome aufwiesen.

G. will nicht behaupten, dass es bei Kindern keinen Laryngospasmus ohne Tetanie giebt oder dass gelegentlich der Stimmritzenkrampf nicht auch aus anderen Ursachen zustande kommt, doch muss er nach seiner Erfahrung die Coincidenz von Stimmritzenkrampf und Tetanie als Regel ansehen und das Vorkommen von Stimmritzenkrampf ohne Tetanie als seltene Ausnahme. Die innige Beziehung der beiden Affectionen zeigt sich auch, wenn man die Frage umkehrt und fragt: Wie oft findet sich Laryngospasmus bei Kindern der ersten Lebensjahre, die irgendwelche Symptome der Tetanie aufweisen. G. zählt unter 130 Fällen von Tetanie der letzten Jahre an seiner Anstalt 99 Fälle von Laryngospasmus (= 76 %), in früheren Jahren waren es 63—76 %.

Digitized by Google

Unter Hinweis auf den Umstand, dass auch Eclampsie den Stimmritzenkrampf häufig begleitet, vertritt G. die auch von Escherich acceptierte Auffassung, dass es sich bei allen diesen zur Tetanie gehörigen Krampfformen um Abstufungen ein und desselben Krankheitszustandes handelt.

Fast alle Kinder mit Laryngospasmus waren rhachitisch (96 %), bei der Mehrzahl war ein guter Ernährungszustand, häufig jedoch pastöser Habitus, bleiche Gesichtsfarbe und Status lymphaticus vorhanden, und bei 81 % fanden sich gastro-intestinale Störungen. Diätetische Behandlung hatte häufig günstigen Einfluss auf die Anfälle von Stimmritzenkrampf, doch versagte sie auch. Bei gleichzeitiger Phosphorbehandlung wurden bessere Resultate erzielt, obgleich es auch Misserfolge gab und bei neuerlichem Auftreten von Diarrhoë die Anfälle trotz fortgesetzter Phosphordarreichung recidivierten. Wenn auch die gastro-intestinalen Störungen als auslösendes Moment wirken können, so erscheinen sie doch nicht als das Primäre, als die eigentliche Krankheitsursache, sie stellen sich vielmehr dar als eine Begleiterscheinung der schon vorhandenen Krankheit, deren Wesen wohl als eine Art von Intoxikation aufzufassen ist, wahrscheinlich zusammenhängend mit Anomalien des Stoffwechsels.

---

283) **Kölliker.** Ueber erworbenen Hochstand der Scapula.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

Ueber dies Thema sprach K. in der Medicin. Gesellschaft zu Leipzig (27. VI. 99), wobei er einen Pat. auch demonstrierte.

Im Jahre 1891 machte Sprengel auf eine bis dahin nicht gewürdigte Deformität der Scapula aufmerksam, den angeborenen Hochstand der Scapula. Es publicierten denn auch Andere Fälle dieser Art, sodass die Casuistik schon ziemlich reichhaltig ist. K. selbst hat 5 Fälle beobachtet und früher einen operativ Behandelten hier demonstriert; er hatte durch Resection des oberen inneren Schulterblattwinkels eine wesentliche Besserung der Stellung der Scapula erzielt.

Dass die Deformität auch erworben vorkommen kann, war unbekannt, bis K. als Erster 1898 über eine solche Beobachtung berichtete. Der erworbene Hochstand der Scapula ist eine rhachitische Deformität, und legt K. das Wesen derselben an einer Scapula, die von einer 57 Jahre alten, schwer rhachitischen Frau stammt, dar. Die Scapula ist stark mit vorderer Concavität gekrümmt, der Proc. coracoideus ist bedeutend verlängert und verbreitert, ebenso hat das Akromion eine nicht unerhebliche Verbreiterung erfahren; die Gelenkpfanne ist statt nach aussen mehr nach vorn hin gerichtet.

Die klinischen Erscheinungen sind folgende: Die Scapula steht abnorm hoch, ihr unterer Winkel weicht vom Thorax ab, die Schulter und mit ihr der Arm ist nach vorn, innen und besonders stark nach unten gesunken. Die untere Halsgegend erscheint verbreitert, namentlich springt der laterale Rand des Cucullaris stark vor, dabei ist die Infraclaviculargrube vertieft. Der Rabenschnabelfortsatz lässt sich als langer, breiter Knochen leicht medial am Humeruskopfe abtasten, der obere innere Schulterblattwinkel steht

Digitized by Google

unmittelbar oberhalb der Clavicula, der Abstand beträgt kaum einen Querfinger. Ist das Leiden doppelseitig, dann erscheint die ganze Brust tief eingesunken, während die schmalen Enden des Schlüsselbeins vorgedrängt werden.

Zu K.'s im vorigen Jahre beobachteten, ein 14 jähr. Mädchen betreffenden Falle sind 2 weitere Beobachtungen gekommen. Den einen Fall demonstriert K. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Mann, den K. 1884 an Pectus carinatum behandelt hat. Zu dieser Zeit war noch keinerlei Andeutung der nun bestehenden Deformität vorhanden. Dieselbe ist doppelseitig, rechts stärker ausgesprochen, und weist alle die geschilderten Merkmale auf.

Die Erkrankung ist von Wichtigkeit, weil sie nicht ohne erhebliche Functionsstörung des Armes bleibt. Die Hebung des letzteren ist stets mehr oder weniger behindert, er kann kaum bis zur Horizontalen erhoben werden, weil alsdann Knochenhemmung durch den verlängerten und verbreiterten Rabenschnabelfortsatz eintritt.

Therapeutisch ist der Versuch zu empfehlen, durch Anlegung eines Corsets mit elastischen Zügen über die Schultern die Stellung der Schulterblätter zu verbessern. Bleibt dies erfolglos, dann ist die Resection des Rabenschnabelfortsatzes angezeigt. Man geht dabei folgendermassen vor: Schnitt beginnend an der Grenze des mittleren und äusseren Drittels des Schlüsselbeines und schräg nach aussen zur vorderen Achselfalte verlaufend. Der Ansatz des Deltoideus wird eine Strecke weit von der Clavicula abgelöst, der Muskel mit einem Wundhaken nach aussen verzogen. Die Vena cephalica wird nach der medialen Seite hin unter einen Wundhaken genommen. Es folgt die Ablösung des Pectoralis minor, Coracobrachialis und des kurzen Bicepskopfes vom Proc. coracoides und die Resection des Knochens. Die abgelösten Muskeln werden mit dem Periost des Knochenstumpfes und mit dem Lig. coraco-claviculare vernäht.

---

284) **W. Stöltzner.** Ueber Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz.

(Aus der Kinder-Poliklinik der kgl. Charité in Berlin.)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 37.)

S. ist seit fast $1^1/_2$ Jahren damit beschäftigt, die etwaige Beeinflussung der Rhachitis durch Nebennierensubstanz zu studieren, und hat diese Behandlung bisher bei 76 Pat. eingeleitet. In einer „Vorläufigen Mitteilung“ fasst er die bisherigen Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

1. Ausgezeichnet beeinflusst wird durch die Behandlung mit Nebennierensubstanz das Allgemeinbefinden, die Unruhe, die Empfindlichkeit, die Schweisse, die vasomotorische Erregbarkeit und ganz besonders auch die Craniotabes. Häufig werden die genannten Symptome schon in einer bis 2 Wochen sehr wesentlich gebessert.

2. Das Durchbrechen der Zähne und die Erlernung des Sitzens, Stehens und Laufens wird durch die Behandlung ebenfalls deutlich befördert; auch verliert sich die Weichheit des Thorax oft so schnell nach Einleitung der Behandlung, dass ein causaler Zusammenhang nicht wohl bezweifelt werden kann.

Digitized by Google

3. Weniger wird die abnorme Grösse der Fontanelle, die Deformität des Thorax, der Rosenkranz und die Epiphysenschwellungen und Verkrümmungen der Extremitäten beeinflusst.

4. Der Glottiskrampf widersteht der Behandlung fast immer hartnäckig.

5. Meist ist der Verlauf derartig, dass in den ersten Wochen der Behandlung schnell eine erhebliche Besserung eintritt, die dann weiterhin langsamer fortschreitet.

6. Wird die Behandlung unterbrochen, so tritt gewöhnlich auch ein Stillstand in der Besserung oder sogar wieder eine Verschlechterung ein; wird die Behandlung wieder aufgenommen, so macht auch die Besserung der Rhachitis wieder schnelle Fortschritte.

7. Selbst in schwer complicierten Fällen (Lues, Darmkatarrhe, Bronchitiden und Pneumonien) wird die Rhachitis gewöhnlich sichtbar gebessert.

8. Ein sehr schwer rhachitisches Kind, welches ich 1 Monat lang mit gutem Erfolge der Nebennierenbehandlung unterworfen hatte, erkrankte acut an diffuser Capillärbronchitis, wurde sofort in die Kinderklinik der Charité aufgenommen und starb daselbst noch am 1. Tage der Capillärbronchitis. Ich konnte mich bei diesem Kinde von dem Zustande seiner Knochen nach der 1 monatlichen Behandlung durch die histologische Untersuchung auf das Genaueste unterrichten. Es fanden sich in diesem ganz schweren Falle nur noch Spuren von osteoidem Gewebe; selbst die periostalen Osteophyten gaben fast durchgehends die Reactionen verkalkt gewesener Knochensubstanz.

---

285) **Czerny** (Breslau). Hydrocephalus und Hypoplasie der Nebennieren.

(Centralblatt f. allgem. Pathol. u. patholog. Anatomie Bd. X Heft 7. — Wiener medic. Presse 1899 No. 42.)

Um der Frage näher treten zu können, ob der Hydrocephalus durch ein Hindernis in den Abflusswegen der Ventrikelflüssigkeit bedingt sei, wollte sich C. zunächst Klarheit darüber verschaffen, wohin die Ventrikelflüssigkeit unter physiologischen Verhältnissen entweicht, wenn der Druck derselben zunimmt. Er injicierte jungen weissen Ratten Berlinerblau in die Ventrikel und fand die Farbe zuerst in einem Lymphgefäss, das einen Zweig zur Nebenniere abgiebt und dann zu den Lymphdrüsen des Beckens führt. Da dieser Umstand die Annahme von Beziehungen zwischen den Nebennieren und der Entstehung des Hydrocephalus ermöglichte, unterzog C. in 5 Fällen von Hydrocephalus bei Säuglingen die Nebennieren einer histologischen Untersuchung. Es ergab sich hierbei der äusserst merkwürdige Befund, dass in sämtlichen untersuchten Fällen, in denen *die Nebennieren makroscopisch keinerlei auffallende Veränderung darboten, mikroscopisch ein vollständiges Fehlen der Marksubstanz* constatiert wurde. Hierdurch unterschieden sich die Präparate ganz wesentlich von jenen, die von den Nebennieren 20 anderer, nicht hydrocephalischer Säuglinge angefertigt wurden.

C. will aus seinen Untersuchungen vorderhand nur den Schluss

Digitized by Google

ziehen, dass zwischen der Entwickelungshemmung der Nebennieren und dem Hydrocephalus eine Beziehung besteht; aus dem histologischen Verhalten ersterer geht hervor, dass sie viel früher zustande kommt, als die Zunahme der Ventrikelflüssigkeit im Gehirn beginnt.

---

286) **Fr. Rubinstein.** Einige Bemerkungen zur Behandlung der Phimosis und Hydrocele congenita.

(Die ärztl. Praxis 1899 Nr. 19.)

Seitens mehrerer Autoren (z. B. Karewski, Berger, Kocher) wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten angenommen, anderen (z. B. Kirmisson) scheint derselbe noch nicht sicher genug bewiesen zu sein. R. beobachtete ca. 60 Fälle von Phimose, compliciert mit Hydrocele (darunter auch mehrere von Hydrocele des Samenstranges), und er möchte auf Grund einer bestimmten Beobachtung auch für den Zusammenhang beider eintreten. Er hat 3 verschiedene Formen der Phimose bisher festgestellt.

1. Die complete Phimose, d. h. die gewöhnliche Form mit der Verengerung des Präputialsackes an seiner Mündung, die das Zurückziehen der Vorhaut über die Eichel verhindert;

2. eine adhäsive Randphimosis, wo die Vorhaut an dem ganzen, den vorderen Rand des Sulcus coronarius bildenden Teil der Eichel adhärent und mit leichter Mühe und unter geringer Blutung von ihm trennbar; nach der Lösung findet man öfters die Smegmakügelchen in gleicher Grösse und wie Perlen an einander gereiht;

3. eine partielle Phimose, wo die Vorhaut nur mit einem kleinen Stückchen, das gewöhnlich zu beiden Seiten des Frenulum liegt, an dem unteren Rand der Eichel adhärent.

Nun genügt aber schon dieser letzte geringe Grad von Phimose, um die Hydrocele zu erhalten, ja R. hat beobachtet, dass bei unvollständiger Lösung der Adhäsion, die einen geringen Rest übrig lässt, die Hydrocele nicht weicht, dagegen sofort verschwindet, sobald auch dieser Rest gelöst wird. Das lässt aber auf einen Zusammenhang beider Zustände zweifellos schliessen. Man soll daher auch immer die Phimose vollständig beseitigen. Es muss also die Phimose, die vielleicht ebenfalls einem Entzündungsprocess ihre Entstehung verdankt, in der Zeit ihres Bestehens einen ähnlichen Process in der Tunica vaginal. commun. unterhalten.

Ferner hält es R. für zweckmässiger, den Hydroceleninhalt nicht zu aspirieren, sondern durch weitere Kanülen abfliessen zu lassen. Wiederholt sah er nach Aspiration mit der Spritze rasche Wiederanfüllung.

Digitized by Google

287) **H. v. Halban.** Zur Kenntnis der infantilen Pseudobulbärparalyse.

(Aus der Klinik von Prof. v. Krafft-Ebing.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 40.)

Bisweilen sind cerebrale Kinderlähmungen durch bulbäre Symptome compliciert. Von Fällen angefangen, in denen bei cerebralen Diplegien blos eine Andeutung von derartigen Symptomen besteht, gibt es eine Reihe von Uebergangsfällen bis zu solchen, welche wegen der in den Vordergrund tretenden Störungen der Hirnnerven die Bezeichnung „infantile Form der cerebralen Glossopharyngolabialparalyse“ (Oppenheim) oder „pseudobulbäre Form der cerebralen Kinderlähmung“ (König) verdienen.

Die erste prägnante Form dieser Art beschrieb Oppenheim (1895). Es handelte sich um einen 21jähr. Mann, dessen Leiden seit seiner Kindheit, vielleicht schon seit der Geburt bestand. Die Hauptsymptome waren: Atrophie und Verkürzung der rechten Gliedmassen, Parese aller 4 Extremitäten, die jedoch rechts viel stärker ausgebildet war, ferner beiderseitige Athetose, besonders an den Endteilen, wobei Lähmungserscheinungen im Bereiche der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kiefermuskulatur auffielen; die Dysarthrie war so bedeutend, dass sie die Verständigung mit dem Pat. in hohem Masse erschwerte. In der gelähmten Muskulatur war nirgends Atrophie oder Entartungsreaction zu bemerken. In Kürze beobachtete Oppenheim 2 weitere Fälle, Mutter und Tochter, deren Krankheitsbild sehr ähnlich, bei der Tochter nur weniger ausgeprägt war. Die Mutter war sprachlos und brachte nur im Affect Laute hervor, hörte aber tadellos und war intelligent. Bei beiden bestand seit der Kindheit oder vielleicht seit der Geburt eine Störung des gesamten motorischen Apparats, die auf einer Combination von Lähmung mit Spasmus uud Athetose beruhte. Die motorischen Hirnnerven mit Ausschluss der Augenmuskelnerven waren hervorragend betroffen.

König verfügte über keinen so klassischen Fall, wie die genannten, beobachtete aber 7 Fälle mit vom Grosshirn aus bedingten Lähmungserscheinungen der Extremitäten mit mehr oder weniger ausgebildeter Sprachstörung, ohne Schluckbeschwerden, die er als „Formes frustes“ des Oppenheim'schen Typus bezeichnet. Grosse Aehnlichkeit mit letzteren haben auch die Fälle von Waldenburg und Uchermann. Ersterer beobachtete einen 6jähr. Knaben, dessen Mutter, als sie mit demselben im 3. Monat schwanger war, eine totale Lähmung der rechten Seite mit vollkommenem Verlust der Sprache erlitt. Die Sprachstörung besserte sich nur langsam, da noch bei der Untersuchung des Kindes — 6 $^1/_2$ Jahre danach — deutliche Spuren vorhanden waren. Die rechte Körperhälfte des Kindes war weniger entwickelt als die linke, leicht paretisch; nach der Angabe der Muttter soll sich die Parese in stetiger Abnahme befunden haben. Es bestand ferner geringe Lähmung der Zunge, Lippen und rechten Gaumenhälfte. Das Kind lernte nicht sprechen, ausser wenigen undeutlichen Worten, war aber imstande, laut zu schreien. Intelligenz, Gehör, Verständnis der Sprache normal. Der von Uchermann beschriebene Pat. konnte bis zu seinem 19. Lebensjahre nichts weiter sprechen als „ja“ und

Digitized by Google

„nein“, trotzdem sein Gehör und sein Verstand vollkommen normal waren. In diesem Alter kam er in ein Taubstummeninstitut und lernte dort viele Worte dazu. Ausserdem bestand bei ihm eine leichte Lähmung der rechten Gesichtshälfte, der Zunge und Kaumuskulatur.

Weitere Fälle konnte H. nicht auffinden. Wenn auch einzelne Bulbärsymptome hie und da beschrieben werden, so scheinen doch ausgesprochene Fälle von infantiler Pseudobulbärparalyse recht selten zu sein. Einen classischen Fall nun schildert jetzt H.

Die jetzt 9 Jahre alte Pat. ist das 2. Kind gesunder, angeblich hereditär nicht belasteter Eltern; nur der Vater spricht anstossend. Ihre Mutter war überhaupt 4mal gravid und hat 4 Kinder; die Entbindung ging bei allen glatt vor sich. Auch kann sich die Mutter an kein Vorkommnis während der in ihrem 23. Lebensjahre erfolgten Gravidität, das zur Krankheit des Kindes eine Beziehung hätte, erinnern. Die Entbindung war rechtzeitig, das Kind kam gut entwickelt zur Welt, es wurde an ihm keine Lähmung der Extremitäten bemerkt und es konnte wie andere Kinder schreien. Von Anfang an nahm es aber nicht die Brust und musste durch Eingiessen der Nahrung gefüttert werden, während die anderen 3 Kinder sich normal säugen liessen. Als das Kind im Alter von einigen Monaten aufrecht getragen wurde, bemerkte man Ausfliessen des Speichels aus dem Munde, den Pat. andauernd leicht geöffnet hielt. Im Alter von 6 Monaten hatte das Kind einen etwa 1 Stunde dauernden Zustand, den die Mutter nur zum kleinsten Teile selbst beobachtete und als Anfall von Convulsionen bezeichnet. Die Mutter kann blos mit Sicherheit angeben, dass das Kind einen Arm dabei stark bewegte, nach dem Anfalle aber gar keine Veränderungen in seinem Zustande bot, ebenso wie es sich auch vorher ganz wohl befunden hatte. Sonst machte das Kind gar keine Erkrankungen durch und bekam keine Anfälle mehr. Es lernte erst mit dem 4. Jahre gehen und brauchte auch damals noch lange dazu. Die linke Hand wurde immer auffallend wenig gebraucht, sowie sie auch jetzt nicht zu selbständigen Verrichtungen benützt wird. Das Kind lernte nie sprechen, machte weder spontane Sprechversuche, noch war es dazu zu bringen, dass es nachspreche. Das Sprachverständnis bekam Pat. so gut wie andere Kinder. Seit 2—3 Jahren produciert sie einige wenige sprachliche Laute, lernte aber nichts mehr dazu. Die Mutter kennt nur die beiden Worte „Mutter“ und „o na“, welch beide das Kind nicht deutlich, aber doch verständlich und in richtigem Verständnisse spricht. In der Schule soll Pat. noch ein paar einzelne Laute versucht haben. Sie trat, wie andere Kinder, mit 6 Jahren in die Schule ein, lernte rasch und gut, machte bessere Fortschritte als der Durchschnitt der Uebrigen, sodass sich andere von ihr oft Schularbeiten machen liessen.. Sonst war sie in der Schule, wie auch zu Hause oft unartig, folgte wenig, ist jähzornig und lebhaft. Das Kind konnte nie feste Nahrung zu sich nehmen, insbesondere nie irgend etwas kauen. Flüssigkeiten rinnen zum Teil durch den Mund zurück, nie durch die Nase; Verschlucken kommt bei ihr öfter vor, als bei anderen Kindern. Ganz charakteristisch ist die Angabe der Mutter, dass das Kind sie nie küsste. Nie klagte Pat. über subjective Beschwerden. Vor 3 Monaten kam der 1. Anfall von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen in den Extremitäten, und zwar links stärker. Seither wiederholen sich die Anfälle fast jede Woche. Das Kind fühlt es jedesmal, wenn der Anfall naht, und gibt an, immer vor demselben Schmerzen im linken Arme zu haben.

Status praesens (März 1899): Pat. ist für ihr Alter ziemlich gut entwickelt; auch ihre Ernährung lässt nichts zu wünschen übrig. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Pathologisches. Schädelumfang $50\frac{1}{2}$ cm, Schädel bei Perkussion nicht empfindlich, Schneidezähne gekerbt, rechtes Ohrläppchen angewachsen, Tonsillen hypertrophisch, lumbale Lordose. Keine Störung seitens der Augenmuskeln, Pupillen gleich, prompt auf Licht und Accomodation reagierend, Augenhintergrund normal; Corneal- und Conjunctivalreflex vorhanden. Gehör normal; Pat. hört und reagiert auf die leisesten hinter ihrem Rücken gesprochenen Worte. Ihre Intelligenz genügt, um jede Geschmacksstörung auszuschliessen, wogegen über den Geruchssinn wegen der Sprachlosigkeit keine sicheren Angaben zu gewinnen sind. Die linke Nasolabialfurche ist etwas seichter; die Stirn kann willkürlich nicht gerunzelt werden, sowie auch mit der Mundmuskulatur

Digitized by Google

keine willkürlichen Bewegungen ausgeführt werden können; ein Spitzen des Mundes Pfeifen wird überhaupt nicht versucht; Augenschluss beiderseits normal. Mimisch wird der Facialis beiderseits gut und ausgiebig innerviert, das Runzeln der Stirn beim Aufwärtssehen ist nur gering, jedoch links etwas schwächer als rechts. Es besteht andauernder Speichelfluss links; den Mund hält das Kind halboffen, schliesst ihn nie auf Aufforderung, öfters aber, wenn es sich unbeachtet wähnt. Der Unterkiefer wird dem Oberkiefer ganz gut genähert, der Masseterenreflex ist nicht auslösbar, beim Oeffnen des Mundes kann man eine geringe Bewegung der Zunge nach rückwärts bemerken. Willkürlich wurde während der Beobachtung die Zunge nie bewegt. Rachen- und Gaumenreflex angedeutet, Kehlkopfuntersuchung unmöglich, Nasenreflex links etwas geringer als rechts, Ohrenreflex beiderseits gleich, cutane Sensibilität des Gesichtes links leicht herabgesetzt. Bewegung des Kopfes nach hinten kräftig, hingegen wird die Annäherung des Kopfes an die Brust mit nur geringem Kraftaufwande ausgeführt; die Drehung des Kopfes nach links erscheint viel schwächer als nach rechts, die Neigung nach der linken Seite wird ebenfalls schwächer vollbracht. Nirgends fibrilläre Zuckungen, Atrophie, Entartungsreaction. Linke obere Extremität in der Entwickelung leicht zurückgeblieben; der Contrast ist distal am auffallendsten, der Umfang um das Handgelenk differiert um 1 cm; die Extremität leicht cyanotisch, fühlt sich kühler an, auch subjectiv Kältegefühl darin. Motorische Kraft des linken Oberarms wie auch der l. Hand bedeutend herabgesetzt (Dynamometer links 2 kg, rechts 7 kg). Nur geringer Grad von Rigor, tiefe Reflexe links mehr gesteigert als rechts, cutane und tiefe Sensibilität nicht gestört. Feinere Handgriffe werden mit der Linken überhaupt nicht ausgeführt. Bauchdeckenreflex rechts viel ausgiebiger. An den unteren Extremitäten ist das auffallendste Symptom die beiderseitige hochgradige Steigerung des Patellarsehnenreflexes. Achillesreflex links etwas gesteigert, Plantarreflex etwas weniger ausgiebig als rechts. Intakte motorische Kraft, kein Rigor, keine Sensibilitätsstörung, normaler Gang. Etwas Ungewöhnliches bietet die Nahrungsaufnahme: das Kind kaut nie; feste Speisen zerbröckelt oder zerreisst es in kleine Stückchen, führt diese mit 2 Fingern soweit als möglich gegen den Schlund hin, lehnt dabei den Kopf zurück und würgt das Ganze mit sichtbarer Anstrengung herunter. Pat. verträgt absolut nicht, dass man ihr während dieses Aktes zusieht. Getränke fliessen teilweise aus der linken Mundseite wieder heraus; ein Verschlucken oder Herausrinnen durch die Nase kommt nicht vor. Der ganze Wortschatz der Pat. besteht aus „Mutta“ und „o ua“, welche Worte sie nur im Affect herausbringt. Hier und da stösst sie während Scherzens und Spielens diese Worte aus, kann aber nie dazu gebracht werden, auf Verlangen eines der Worte zu sagen, auch wenn man sie ihr oft vorsagt, alles Mögliche verspricht u. s. w. Dabei versteht das intelligente Kind den Gebrauch der Worte vollständig.*) Es fehlt auch jeder Versuch zu sprechen.**) Das Schreiben ist ohne Schwierigkeiten

*) Das Hervorbringen von Lauten im Affecte bei Aphatischen ist bekannt. Kussmaul sagt darüber: „Da die emotionelle Erregung viel stärker ist, als die das ruhige Denken begleitende, und über weit grössere Gebiete des Nervensystems sich verbreitet, so begreift es sich, dass die Fähigkeit, Worte zum Zwecke der Gedankenäusserung oder nur um ihrer selbst willen hervorzubringen, verloren gegangen sein kann, während die Affectsprache oder die Fähigkeit, interjectionelle Worte auszustossen, sehr oft noch fortbesteht. Die letztere bewahrt sich eine gewisse Unabhängigheit von der anderen.“

**) Das ist hervorzuheben. Denn wenn es schon bei der Bulbärparalyse in den Endstadien vorkommt, dass die Pat. gar nicht sprechen können, so lassen sich diese doch immer zu Sprechversuchen bewegen, bei denen es freilich nur zu lautlosen Exspirationen kommt. Dieser Unterschied ist hier wohl zu erklären mit dem Alter, in dem die Lähmung entstanden war. In obigem Falle kam das Kind entweder mit der Störung zur Welt oder aber dieselbe entstand in den ersten Lebenswochen. Die Rededisposition, der Trieb sich zu äussern, war also von vornherein herabgesetzt durch das motorische Hindernis, und es ist anzunehmen, dass das Kind entsprechende Versuche, wenn es sie vielleicht anfangs aufnahm, bald fallen liess. Anders verhält es sich beim Erwachsenen, dem, wenn er auch Laute nicht mehr hervorzubringen vermag, doch die hierzu nötigen Bewegungen geläufig sind. Im Uchermann'schen Falle lernte der 19jähr. Pat., der, als er ins Taubstummen-Institut kam, nur „ja“ und „nein“ sprach, binnen 2 Jahren daselbst bei mühsamer Uebung viel mehr sprechen. Auch obiger Pat. wurde einer solchen Anstalt übergeben; die geistige Entwickelung, die doch die erste Bedingung zum Erwachen der Sprache ist, besitzt ja Pat. wenn auch nicht in ganz normaler, so doch in ausreichender Weise.

Digitized by Google

erlernt worden; Pat. beantwortet ihr vorgelegte Fragen auch schriftlich. Pat. ist während der Untersuchungen ruhig, leistet Aufforderungen Folge, hat aber einen misstrauischen, scheuen Blick. Sonst ist sie oft unartig, trotzig, reizbar, boshaft, hinterlistig, diebisch. Die Schulzeugnisse sind, wenn auch nicht vorzüglich, so doch gut, indem sie zeigen, dass das Kind in seinen Leistungen nicht zurückblieb, eine psychische Störung fehlt also. Seit der Aufnahme ins Krankenhaus wurden die epileptischen Insulte häufiger, kamen 3—4 mal in der Woche und dauerten $1^1/_2$—2 Minuten.

Die Anamnese, aus der hervorgeht, dass das Kind schon bald nach der Geburt den Eltern nicht normal erschien, genügt wohl hier zur Annahme, dass die Schädigung vor der Geburt das Gehirn traf, dass also ein congenitaler Fall vorliegt. Eine intra partum entstandene Form der cerebralen Kinderlähmung liegt wahrscheinlich nicht vor, da die Geburt anstandslos vor sich ging. Eine Erklärung für den pränatalen Beginn haben wir aber nicht, die häufigsten ätiologischen Momente konnten ausgeschlossen werden. Es bestand keine Belastung, es kamen keine traumatischen Schädigungen oder Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft vor, Potus wurde negiert, für Syphilis sprach nichts u. s. w.

Was die pathologische Anatomie der infantilen Pseudobulbärparalyse anbelangt, so deckt sich dieselbe wahrscheinlich mit den Befunden, die wir bei den pränatalen Diplegien vorfinden und die meistens in ausgedehnten Porencephalien oder mangelhafter Entwickelung grosser Teile beider Hemisphären bestehen. Dafür spricht auch der einzige vorliegende Sectionsbefund; Oppenheim fand an der linken Hemisphäre eine Combination von Porencephalie mit Mikrogyrie, an der rechten ausschliesslich letztere.

III. Kleine Mitteilungen und Notizen.

109) **Ein durch Enstehung, Begleiterscheinungen und Therapie interessanter Fall von Conjunctivitis diphtheritica** wird von Dr. Schäffer (Freien-Steinau) unterm 18. VII. 99 mitgeteilt: derselbe wurde am 3. VII. an einen Ort gerufen, wo eine schwere Epidemie von D. geherrscht hatte, die jetzt im Abklingen war. Pat., ein 4jähriger Junge, war vor 2 Stunden beim Spiel ausgeglitten und mit dem Gesicht auf einen flachen Sandstein vor dem Hause aufgefallen. Starke Impression des rechten Nasenbeins mit Blutextravasat und leichtem Oedem der Lider. Die Schwellung des Nasenrückens und der Lider nahm täglich zu, war von teigiger Consistenz und stellenweise deutlich knisternd. Conjunctiva bulbi et tarsi und Cornea blieben intakt. Am 9. VII. hatten sich die Erscheinungen deutlich verschlimmert. Es bestand Ausfluss aus der Nase, Gesichtsekzem, Conjunctivitis mit starker Sekretion und zahlreiche Panaritien. Am 11. VII. Bild völlig verändert. Beide Conjunctiven bretthart, hingen wulstig und gerötet über die unteren Lider herab; spontanes Oeffnen der Augen unmöglich; beim Ektropionieren sieht man weissen diphtheritischen Belag, stark gerötete und gewulstete Conjunctiva bulbi; beim Abwischen des Belags blutet die Conjunctiva etwas. Ebenso zeigt die Nasenschleimhaut weissliche Membranen; an der Nasenspitze, isoliert auf der äusseren Haut, sitzt eine solche von Linsengrösse. Ekzem und Fingerwurm vermehrt und eitrig. Hinter der rechten Rachenmandel auf der Rachenwand ein stecknadelkopfgrosser, gelblicher Plaque. Diagnose: Diphtherie. Bacteriologische Bestätigung derselben. Injection von Behring Serum No. III am Thorax. 2 Tage darauf stiessen sich zahlreiche Membranfetzen unter Eiterung aus Augen und Nase ab, am 3. Tage waren sowohl Schwellung als Beläge nahezu vollständig verschwunden, das Ekzem geheilt, die Panaritien gebessert. Jetzt ist alles geheilt bis auf die Impression des Nasenbeins.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Juli 1899.)

Digitized by Google

110) **Ueber Behandlung des Frühlingskatarrhs mit Xeroform** schreibt Dr. E. Bock: „Ich habe in den letzten Monaten 3 Fälle von Frühlingskatarrh mit Xeroform-Einstäubungen behandelt und damit überraschend gute Ergebnisse erzielt, indem die sulzigen Wucherungen im Grenzgebiete der Bindehaut und Hornhaut in auffallend rascher Weise sich verminderten, in einem Falle bis auf zarte Flecken am Rande der Hornhaut schwanden. Die Fälle sind kurz angeführt folgende:

1) Knabe 14 Jahre alt, angeblich seit 3 Jahren augenkrank. Bezüglich der Veränderungen der oberen Lider ein Schulfall. Sulzige Wucherungen ringförmig, die Hornhautebene beträchtlich überragend. Auf Einstäubungen von Xeroform (reichlich, 1 mal täglich) nach wenigen Tagen Verminderung der Beschwerden des Kranken, nach 3 Wochen Wucherungen ganz flach, trocken. Der Knabe war noch nie behandelt worden.

2) Mädchen, 16 Jahre. Angeblich seit 1 Jahr augenkrank. Obere Lider wie in Fall 1. Wucherungen schmal, flach. Nach 3 Wochen statt der Wucherungen nur Flecke.

3) Knabe, 13 Jahre alt. Zuerst im Jahre 1898 (Sommer) krank gewesen und ärztlich behandelt worden. Bindehaut der Oberlider zeigt nur undeutliche Veränderungen, sodass die Erkennung der Krankheit nur durch die sulzigen Wucherungen möglich ist. Der Kranke hat Lichtscheu und klagt über leichtes Brennen und grosse Trockenheit der Augen. Unter Einstäubung von Xeroform schwinden die Beschwerden des Knaben nach 2 Wochen vollkommen, die bereits vorhanden gewesenen Wucherungen werden ganz flach und blass, die während der Behandlung, besonders am linken Auge sich entwickelnden kommen über die Grösse einer strichförmigen Trübung des Grenzgebietes nicht viel hinaus."

(Centralblatt f. prakt. Augenheilk. 1899 Juli.)

111) **Xeroform bei chronischer Otitis media purulenta** empfiehlt auf Grund zahlreicher günstiger Erfahrungen Dr. Somers (Philadelphia). In geeigneten Fällen (fehlendes Trommelfell oder grosse Perforation u. s. w.) nach gehöriger Reinigung des Ohres appliciert, entfaltet das Mittel eine recht günstige Wirkung und bewirkt eclatante Besserungen und selbst Heilungen. (Wiener medic. Presse 1899 No. 39.)

112) **Die Behandlung der Blennorrhoea vulvo-vaginal. infant. mit Protargol** empfiehlt Dr. Bouvy auf Grund von Versuchen, die er mit Protargol, Kal. permang. (1:1000), Wasserstoffsuperoxyd (10%) und Ichthyol (25%) anstellte, die er 3 mal tägl. injicierte. Protargol reizte am wenigsten, schmerzte am geringsten und wirkte am sichersten und schnellsten. Er injicierte 3 mal täglich anfangs eine Lösung von 1:1000, stieg dann auf 1—2%ige und erzielte von 12 so behandelten Fällen (6 mit, 6 ohne Gonokokken) 10 mal vollständige Heilung, wobei sich die Behandlungsdauer auf weniger als 7 Wochen, im Durchschnitt auf 30 Tage (bei Kal. permang. auf 80 Tage!) erstreckte.

(Inaug. Dissert. Paris 1899.)

113) Ueber die Wirksamkeit des Jodothyrins in zwei **Fällen von Myxödem** berichtet Dr. Alb. Muggia (Turin). Der erste Fall betraf einen ganz normal geborenen Knaben, bei dem sich vom 8 Monat an myxödematöser Idiotismus einstellte, ohne dass er je ernstlich krank war. Im Alter von 7 ½ Jahren wurde er in die Klinik eingebracht. Er machte den Eindruck eines Dreijährigen, konnte weder gehen noch sprechen, Gesicht geschwollen und cretinös, Zunge über die Zahnreihen herausragend.

Dem Pat. wurde nun täglich 1 g Jodothyrin in Dosen à 0,25 g gereicht (mit wöchentlichen Pausen von 3 Tagen, um einer Accumulation vorzubeugen). In 2 Behandlungsperioden von je 4 Monaten wurde er so weit gebessert, dass er seine Bedürfnisse und Empfindungen wenigstens in Monosyllabis verständlich machen und leicht unterstützt gehen konnte. Das Gesicht hatte den myxödematösen Ausdruck verloren, die Zunge war hinter die inzwischen regelmässig gewordenen Zahnreihen zurückgetreten, die Pseudo-Lipome an Hals und Achselhöhlen verschwunden. Hände und Füsse zeigten sich zwar noch leicht rhachitisch gekrümmt, aber nicht mehr ödematös.

Noch eklatanter gestaltete sich ein anderer Fall von spontanem infantilem Myxödem bei einem Mädchen, das durch Gaben von ½ g Jodothyrin in einem Monat vollständig gebessert wurde. In beiden Fällen trat eine auffällige Vermehrung der Blutkörperchen ein (z. B. der roten von 3 auf 5 Millionen, der weissen von 8000 auf 16000) überhaupt eine bedeutende Verbesserung der Blutbeschaffenheit, welche die Jodothyrinbehandlung nicht allein bei myxödematösen, sondern auch bei blutarmen und cachektischen Personen mit Aussicht auf Erfolg angezeigt erscheinen lässt. (Morgagni 7/99.)

Digitized by Google

114) **Naftalan** hat Prof. Biedert in seinem Spital, wie Dr. F. Gernsheim mitteilt, bei Erwachsenen wie Kindern mit gutem Erfolge angewandt, und zwar pur oder als „combinierte Salbe“, die bei dem hohen Preise des Mittels schon aus Sparsamkeitsrücksichten angezeigt ist, auch nie reizt, wie es Naftalan manchmal thut, und dabei recht wirksam ist. Die besten Erfolge wurden bei acutem Ekzem erzielt. Die Verordnung lautete:

Rp. Naftalan.
Adip. lan.
Zink. oxyd.
Acid. boric. āā 10,0.
S. Combinierte Naftalansalbe.

Bei chronischem Ekzem war die Wirkung ebenfalls zufriedenstellend, namentlich in der ersten Zeit, später aber liess sie öfters nach, die Besserung machte keine weiteren Fortschritte mehr und man musste, um Heilung zu erzielen, zu der von Biedert angegebenen „weissen Salbe“ greifen, die sich auch bei anderen Hautleiden auf der Abteilung bestens bewährte:

Rp. Adip. lan. 15,0.
Glycerin.
Ol. Olivar. āā 4,0.
Acid boric.
Zink. oxyd āā 1,0.

Bei Säuglingsekzem infolge von Diarrhoën hatte die combinierte Salbe so guten Erfolg, dass ersteres oft schon vor Beseitigung des Grundleidens verschwand. Auch bei einer kleinen Endemie von Pemphigus benignus hatte die Salbe gute Wirkung, desgleichen bei mehreren Fällen von Decubitus.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1899 No. 39.)

115) **Ein Vaginalsarcom bei einem 1jähr. Kinde** sah Waldstein in der Schauta'schen Klinik, wohin Pat. wegen Blutungen gebracht wurde. Es zeigte sich eine aus der Hymenalöffnung herausragende, braunrote, mässig derbe Geschwulst, die mit einem Stiel von der linken hinteren Vaginalfläche ausging. Excision. Guter Wundverlauf. Der haselnussgrosse Tumor war ein Haemangiosarcoma perivasculare (Peritheliomа), das sich nach W.'s Ansicht durch Wucherung der Adventitiazellen eines Angioms entwickelt hatte, wie derartige typische Gefässtumoren bisweilen in der Scheide vorkommen.

(Archiv f. Gynäkologie 1899 Bd. 58, Heft 2.)

IV. Bücheranzeigen und Recensionen.

25) Der **Medicinal-Kalender, herausgegeben von der Allgem. medic. Central-Zeitung** (Dr. Lohnstein) für das Jahr 1900 (Verlag von O. Coblentz, Berlin) bietet für billigen Preis (M. 2) ausser dem in 4 Quartalshefte geteilten Kalendarium, das viel Raum für die täglichen Notizen enthält, noch ein umfangreiches Nachschlage- und Recepttaschenbuch, in welchem wir ausser den üblichen Zusammenstellungen und Notizen, die man in der Praxis braucht, zahlreiche Aufsätze von praktischem Werte finden. Wir nennen z. B. „die Kinderernährung im Säuglingsalter“ von Cassel, „die Erkennung u. Behandlung der häufigsten Ohrenkrankheiten“ von Teichmann. Auch die „Dosirung von in der Therapie der Kinderkrankheiten angewendeten Medikamente“ nimmt einen Abschnitt des handlichen Büchleins ein.

26) Rasch ist dem 1. Teile von Baginsky's **Lehrbuch der Kinderkrankheiten** (Braunschweig, Fr. Wreden) Teil II gefolgt (M. 11 40), sodass das ganze Werk complet vorliegt. Der Autor konnte mit vollem Recht dieser 6. Auflage wieder die Worte „vielfach vermehrt und verbessert“ vorsetzen, denn fast alle Capitel sind sorgfältig umgearbeitet und bereichert worden. Im therapeutischen Teile hat der Verfasser sich von jener Vielgeschäftigkeit, wie uns solche z. B. bei französischen und amerikanischen Autoren bisweilen auffällt, ferngehalten, da seine Erfahrungen ihn lehrten, dass man oft mit einfachen Mitteln am Krankenbett durchaus zufriedenstellende Resultate erzielt, da die Vis medicatrix naturae gerade bei Kindern ganz eclatant hervortritt. Das ist aber nur einer von den Vorzügen, die man dem Baginsky'schen Werke anmerkt; es giebt deren so zahlreiche, dass das Werk sich zweifellos wie bisher grosser Beliebtheit erfreuen dürfte.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig. — Druck von Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

Digitized by Google

Namenverzeichnis des IV. Jahrganges.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Sachverzeichnis des IV. Jahrganges.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

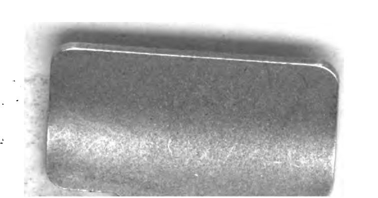
Digitized by Google

Digitized by Google

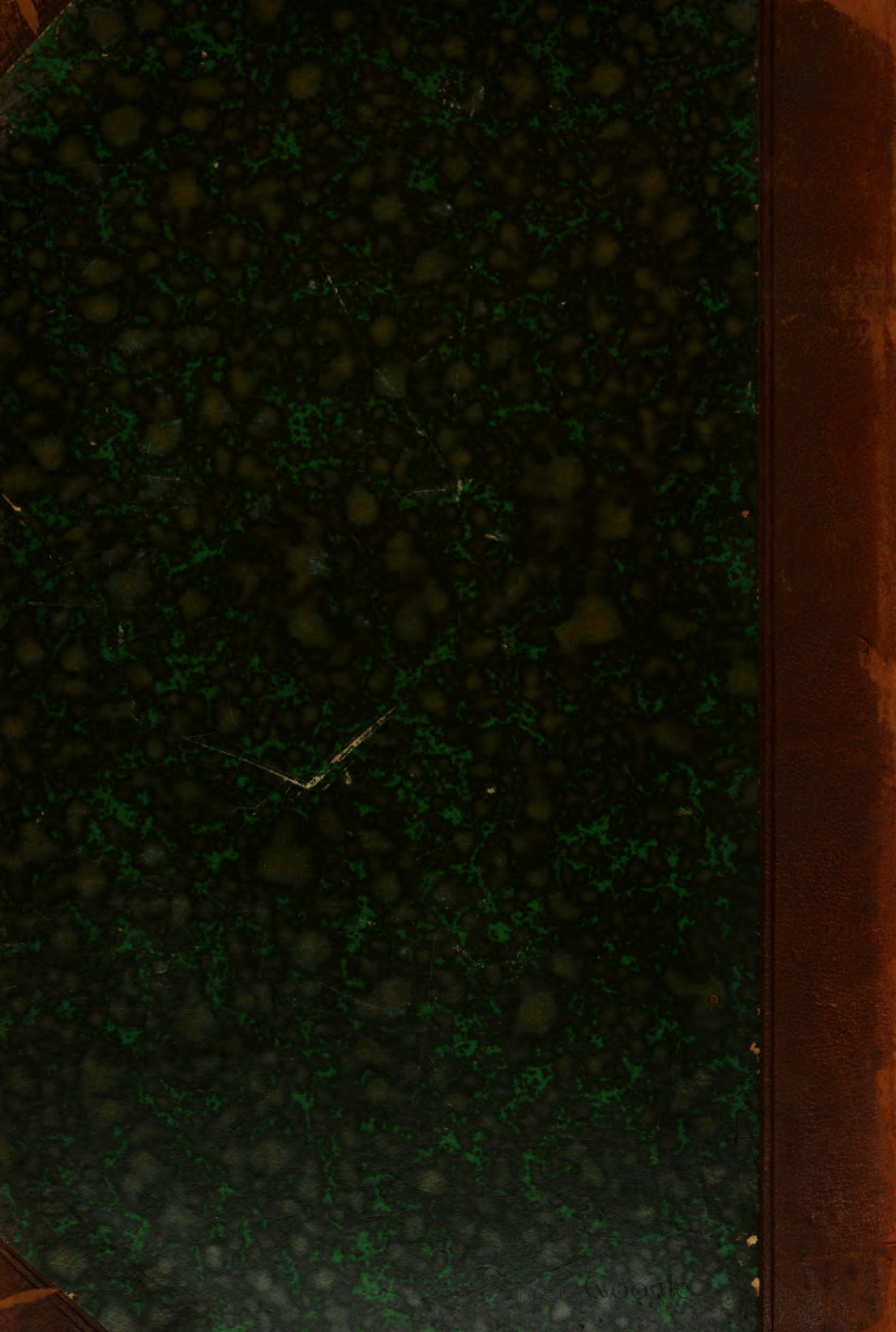
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google



Digitized by Google